様式第８号（第７条関係）

　　年　　月　　日

　岡山県知事　　殿

　法人住所（主たる事務所の所在地）

　　　　法人名

　　　　代表者職　氏名

　　　　担当者名

　　　　連絡先住所

　　　　連絡先電話番号

　　　年度岡山県認知症介護基礎研修に係る事業計画書

　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号で岡山県認知症介護基礎研修実施機関として指定を受けた認知症介護基礎研修について、下記のとおり実施しますので、岡山県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第７条に基づき、　　　　年度事業計画書を提出します。

記

（実施内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 | 認知症介護基礎研修　ｅラーニング形式 |
| 研修に係る事業の開始予定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 使用するeラーニングシステム |  |
| 研修担当責任者連絡先 |  |

※添付書類

□(1)研修シラバス

□(2)研修カリキュラム（科目名、所要時間、担当講師の氏名等）

□(3)研修に係るeラーニングシステムの概要

□(4)募集要項等受講対象者に提示する書類

目的、実施主体、受講対象者、研修期間、研修日程、受講定員、受講に要する経費、受講手続き、受講決定、研修修了の認定方法、修了証書の交付等

□(5)受講者に示すテキスト等

□(6)事業収支予算書

□(7)その他事業を計画するに当たって必要と認められる書類

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）