

(様式1 第10条第3項関係)

個人情報等に関する誓約書

介護職員初任者研修

研修事業者

日本赤十字社岩手県支部長 様

(個人情報保護の誓約)

第1条 私は、日本赤十字社岩手県支部が行う「介護職員初任者研修課程」の受講者として、講義、演習及び実習において知り得た個人に関する秘密等の個人情報については、研修中はもとより、研修終了後においても第三者に故意または過失により開示、提供及び漏えいしたり、自ら使用しないことを誓約します。

なお、個人情報とは、講義、演習及び実習を行う施設及びこれを利用する者に関する個人情報（個人を特定できる情報のほか、家族歴、要介護度、病状、ケアプラン及び提供サービスの内容等）及びその他個人情報保護法に定める事項をいう。

(機密事項の帰属)

第2条 私は、第1条に掲げる研修に関する機密事項については、その一切が研修事業者に帰属することを確認し、私に帰属する旨の主張をしないことを誓約します。

(法令の順守)

第3条 私は、個人情報保護法及び関係法令を遵守し、真摯な態度で研修に励むことを誓約します。

2 私は、前第1条及び第2条に違反し、個人情報及び機密事項を第三者に開示、提供または漏えいしたり、自ら使用した場合、法的な責任が生じることを十分に理解し、それによって研修事業者が被った損害に対しては、相当の責任を負うことを誓約します。

平成29年 月 日

受講生 住所

氏名

印

平成29年 月 日

介護職員初任者研修欠席届

介護職員初任者研修
研修事業者
日本赤十字社岩手県支部長 様

受講生 氏名.....

私は、次の事由により下記研修項目を欠席する（欠席した）ので、届け出します。

記

欠席する(欠席した)月日	平成29年 月 日 ()
欠席する(欠席した)時間帯	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
欠席する(欠席した)研修科目	(科目名)

	(科目名)

事 由	(科目名)
	(欠席理由)

平成29年 月 日

介護職員初任者研修退所等届

介護職員初任者研修
研修事業者
日本赤十字社岩手県支部長 様

受講生 氏名[㊞]
(生年月日 年 月 日)

私は、次の事由により介護職員初任者研修を辞退・中断・退所したいので届け出します。

記

退 所 等 す る 月 日	平成29年 月 日 ()
事 由	(退所理由)

(様式4)

講師履歴

フリガナ 氏名			性別	男・女	
生年月日	年 月 日 (歳)				
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名				
	住所				
	業務内容 (役職)	(年 月～現在)			
この研修で 担当する科目 (項目)					
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許の名称		取得年月日		
			年	月	日
	1				
	2				
	3				
4					
担当科目に 関連する経歴 ※教員の場合 は、学校名と 担当教科名	勤務先等名称	業務内容	期 間		
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月
			年 月	～	年 月
その他 特記事項					

上記の記載内容に相違ありません。

平成 年 月 日 (講師署名欄) _____ ※自筆署名のこと。

(様式5)

実習施設利用計画書

研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日
科目名(項目名及び実習時間)	受講者数 人

1	施設	施設名： (施設の種類：) (設置者名：) (実習指導者の職・氏名：)
	受入日及び人数	平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 計 人
2	施設	施設名： (施設の種類：) (設置者名：) (実習指導者の職・氏名：)
	受入日及び人数	平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 計 人
3	施設	施設名： (施設の種類：) (設置者名：) (実習指導者の職・氏名：)
	受入日及び人数	平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 平成 年 月 日 () (人数 人) 計 人

(様式6)

年 月 日

(研修事業者の代表者名) 様

住 所

施 設 名

設置法人名等

代表者氏名



実 習 施 設 利 用 承 諾 書

このことについて、下記のとおり介護員養成研修事業（介護職員初任者研修課程）実習施設として実習生を受け入れ、実習指導することを承諾します。

記

1 科目名（項目）

2 実習日程等

実 習 日	実 習 時 間	受 入 人 数
平成 年 月 日 ()	: ~ : : ~ : (計 時間)	人
平成 年 月 日 ()	: ~ : : ~ : (計 時間)	人
平成 年 月 日 ()	: ~ : : ~ : (計 時間)	人



修了証明番号 第 号

修 了 証 明 書

年 月 日 生

介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 3 条第 1 項第 2 号に掲げる研修の介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。

平成 29 年 月 日

日本赤十字社岩手県支部

支部長 達 増 拓 也

(様式 9)



修了証明番号 第 号

修 了 証 明 書

介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 3 条第 1 項第 2 号
に掲げる研修の介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。

平成 29 年 月 日

日本赤十字社岩手県支部
支部長 達 増 拓 也

日 本 赤 十 字 社