

実 習 日 誌

介護員要請研修事業者名

実習科目名	介護実習 (日目)	実習施設等名称			
実習者氏名		実習施設等種別	介護老人保健施設		
		実習指導者氏名			
実習年月日	平成 年 月 日 ()	開始時刻		終了時刻	
		休憩時間帯	: ~ : (分)		
実習時間(基準)	8 時間	正味実習時間	時間	分	
実習記録(開始から終了までの時間帯ごとの実習内容を記録すること)					
時 間	実習内容等	記 録			
1日の反省・感想等					
実習生氏名 _____ 印					
実習指導者より					
指導者氏名 _____ 印					

実習施設等種別を記入すること

実践型人材養成システム実施中の雇用契約

_____が受ける実践型人材養成システム（以下「訓練」という。）を実施する間の雇用関係についての労働条件は、以下のとおりとする。

1. 雇用の期間、場所、従事すべき業務の内容等

(1) 雇用の期間

開始日 平成 年 月 日

終了日 平成 年 月 日 / 雇用期間は定めない

(2) 就業等の場所

(事業所名)

(所在地)

(3) 従事すべき業務の内容

2. 始業、終業の時刻、休憩時間、所定外労働の有無に関する事項

(1) 始業、終業の時刻

始業 (時 分) 終業 (時 分)

(2) 休憩時間

() 分

(3) 所定外労働の有無

(有・無)

3. 休日（詳細は、終業規則第 条による）

定例日：毎週 曜日、国民の祝日、その他 ()

非定例日：週・月当たり 日、その他 ()

4. 休暇（詳細は、終業規則第 条による）

(1) 年次有給休暇

6ヶ月継続勤務した場合→ 日

継続勤務6ヶ月以内の年次有給休暇（有・無）→ ヶ月経過で 日

(2) その他の休暇

有給 ()

無給 ()

5. 賃金

(1) 基本賃金

(円/時間給、日給、月給)

(2) 諸手当の有無、額、計算方法

(手当 円/計算方法:)

(手当 円/計算方法:)

(手当 円/計算方法:)

(3) 所定時間外、休日又は深夜労働に対して支払われる割増賃金率

イ 所定時間外 法定超 () %、所定超 () %

ロ 休日 法定休日 () %、法定外休日 () %

ハ 深夜 () %

(4) 賃金締切日 (基本賃金) 毎月 日

(5) 賃金支払日 (基本賃金) 毎月 日

(6) その他

労使協定に基づく賃金支払時の控除 (無、有 ())

昇 給 (時間等)

賞 与 (有 (時期 月、金額等)、無)

退職金 (有 (時期、金額等)、無)

6. 訓練に関する事項

訓練に関する事項については、別途締結する

「実践型人材養成システムに基づく訓練契約」による

7. 訓練終了後の雇用に関する事項 (有期雇用契約の場合のみ)

訓練期間終了後の雇用については、

訓練期間終了後の雇用については当社と訓練生との間で協議の上決定する。

訓練終了時の能力評価により訓練生が訓練修了の認定を得た場合には、当社は訓練生を正社員として雇用する。

8. 退職に関する事項

自己都合退職の手続 (退職する 日以上前に届け出ること)

解雇の事由及び手続

就業規則第 条による

実践型人材養成システムに基づく訓練契約

- 1 (以下、甲という。)と、 (以下、乙という。)は、
実践型人材養成システムに基づく訓練を行うに当たり、下記の内容により実施することについて合意する。
- 2 甲及び乙は、本契約に基づくそれぞれの債務を誠実に履行しなければならない。
- 3 本契約に定めのない事項については、甲及び乙が協議の上、処理をする。

記

1. 訓練の期間、場所、訓練を実施する職種等

(1) 訓練の期間

開始日 平成 年 月 日

終了日 平成 年 月 日

(2) 訓練の場所

実習等： (所在地)

学習等： (所在地)

(3) 訓練を実施する職種・訓練分野

(4) 訓練カリキュラム及び修了時の評価方法

2. 訓練（学習）期間中の待遇

(1) 業務との関連：業務命令 自己啓発

(2) 学 費：甲負担 乙負担

：その他（甲 割、乙 割）

(3) 交通費 甲負担 乙負担

(4) その他：

3. 訓練期間中の指導体制

訓練指導担当者：

4. 訓練契約内容変更時の扱いについて

この訓練契約の内容は、甲と乙の合意により変更することができる。

甲 _____ 印
(所在地)

乙 _____ 印

様式第七号（第三十五条の五、第三十五条の八関係）（第1面）

認 定
実施計画 申請書
変更認定

実施計画変更届書

平成 20 年 月 日

厚生労働大臣 殿

申請者 事業主の氏名又は名称 法人 会（雇用保険を掛けている事業所名）

（法人の場合）代表者の氏名 事業所代表者の役職
印

住所 県 市 町 丁目 号 番地
電話番号 - -

- 1 職業能力開発促進法第 26 条の 3 第 1 項の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。
- ~~2 職業能力開発促進法第 26 条の 4 第 1 項の変更認定を受けたいので、下記のとおり申請します。~~
- ~~3 職業能力開発促進法施行規則第 35 条の 8 第 3 項の軽微な変更について、下記のとおり届出をします。~~

記

第 1 実習併用職業訓練の概要

(1) 実習併用職業訓練の概要

実習併用職業訓練の期間

平成 21 年 4 月 1 日 ~ 平成 21 年 9 月 30 日

実習併用職業訓練を行う上で必要となる実習及び講習を実施する期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

実習併用職業訓練並びにこれを行う上で必要となる実習及び講習の総時間数

630 時間

(2) 実習等の概要

実習等を実施する事業所の名称

法人 会 介護老人保健施設

実習等を実施する事業所の所在地

県 市 町 丁目 号 番地

実習等を実施する事業所の電話番号

- -

様式第七号（第三十五条の五、第三十五条の八関係）（第2面）

実習等の時間数

ア) 業務の遂行の課程内で行われる職業訓練の時間数：490時間

イ) ア)を行う上で必要となる実習の時間数： 時間

(3) 座学等の概要

座学等を実施する教育訓練機関の名称

ア) 法人

座学等を実施する教育訓練機関の所在地

ア) 県 市 町 丁目 号 番地

座学等を実施する教育訓練機関の電話番号

ア) -

座学等の時間数

ア) 職業能力開発促進法第十条の二第二項各号に掲げる職業訓練

又は教育訓練の時間数：130時間

イ) ア)を行う上で必要となる実習及び講習の時間数： 時間

第2 実習併用職業訓練の対象者（第3面記載すること。）

 第3面のとおり。

第3 職業能力の評価の方法

(1) ホームヘルパー2級の取得（OFF-JT）

(2) ジョブカード〔評価シート〕をもって評価する。（OJT）

第4 訓練を担当する者

(1) 訓練を担当する者の氏名

 （ 介護老人保健施設 役職 ）

(2) 連絡先電話番号

 -

第5 備考

以上