

徳島県知事 殿

園内研修の計画

施設の名称

施設の所在地

施設長の氏名

当施設において、次のとおり、「施設型給付費等に係る処遇改善等加算Ⅱに係る研修修了要件について」（令和元年6月24日内閣府・文部科学省・厚生労働省担当課長連名通知）に基づく園内研修を計画していますので、御確認をお願いします。

1 研修の名称 ○○○○研修

2 研修実施日 ○年○月○日

3 研修実施時間 ○時～○時（休憩等を除く研修予定時間：○時間）

4 研修の目的・内容・研修分野

--

※必要に応じ、予定している研修テキスト・レジュメ等を添付する。研修分野は保育士等キャリアアップ研修の研修分野と対応したものを記載する。

5 研修講師氏名・肩書 ○○ ○○氏（○○大学准教授）

6 研修講師の実績と選定理由

注：特に、研修講師が大学等に所属する者でない場合、研修内容に関して十分な知識及び経験を有すると認められる理由を具体的に記載する。
--

(その他の添付書類)

- ・当施設の園内研修の修了証の様式

〇〇研修修了証	
受講者氏名	
生年月日	
あなたは、当施設主催の下記研修を受講し、修了したことを証明する。	
記	
研修実施日	〇年〇月〇日〇時～〇時
研修名・研修分野	〇〇〇〇〇〇研修 〇〇分野
研修の目的・内容	ワークショップ形式の研修により、〇〇について、近年の知見を踏まえた専門性を身につけさせる。
〇年〇月〇日	
施設名	_____
代表者氏名	_____

※上記は参考様式のため、各施設で作成されている様式を添付して差し支えない。