

雇用等計画書(介護分野外国人就職支援事業)

年 月 日

受託者

所在地

名称

代表者名

契約期間		令和7年 月 日 ~ 令和8年3月19日						
雇用等計画								
募集方法						募集期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
選考方法								
人数	雇用期間	座学研修期間(日、時間)			職場実習期間 (日、時間)	介護職員初任者研修 方法	実施場所	
		① うち日本語教育研修	② うち介護職員初任者研修	③ ①②以外の研修				
人	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から	年 月 日 から	年 月 日 から	年 月 日 から	自社で実施 外部委託 通信	日本語教育研修	
		年 月 日 まで	年 月 日 まで	年 月 日 まで	年 月 日 まで		介護職員初任者研修	
		日間	日間	日間	日間		その他座学研修	
		時間	時間	時間	時間		職場実習	

(注1) 介護職員初任者研修方法は①自社で実施②外部委託③通信のうち該当するものを選択すること。

(注2) 研修において活用する介護職員初任者研修の内容の分かる資料を添付すること。

雇用型訓練実施計画(介護分野外国人就職支援事業)

受託者

年 月 日

所在地

名称

代表者名

契約期間		令和7年 月 日 ~ 令和8年3月19日									
新規雇用者に関する事項											
募集方法											
選考方法											
応募者数											
雇用者数											
雇用型訓練内容											
日本語研修								実施場所			
研修								実施場所			
職場実習								実施場所			
番号	氏名	年齢	性別	現住所 (市町村)	在留資格認定 証明書の確認 (国籍)	離職状況確認	日本語能力確認	該当資格所有 等確認	雇用期間		
1					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
2					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
3					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
4					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
5					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
6					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
7					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
8					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
9					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
10					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
11					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
12					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
13					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
14					()				年 月 日 ~ 年 月 日		
15					()				年 月 日 ~ 年 月 日		

(注1) 雇用した者すべて(中途退職した者、欠員補充した者も含む)について、記入することとし、行が不足する場合は、適宜、追加して記入すること。
 (注2) 雇用之際しては、履歴書により、離職中であることを確認すること。「離職状況確認」欄には、離職状況を確認した書類を記載(履歴書等)。
 (注3) 「日本語能力確認」欄には、カタカナ・ひらがなでの読み書き、一定程度の日常会話が可能で日本語能力を有していることを確認した場合「○」記載する。
 (注4) 「該当資格所有等確認」欄には、介護職員初任者研修又は同等以上の資格を保有しておらず、かつ当該資格に係る研修を受講中でないことを確認した場合「○」と記載する。
 (注5) 「年齢」欄には、雇用開始日時点の満年齢を記入すること。

令和7年10月

訓練実施状況報告書

名称
代表者氏名

令和7年11月1日

介護分野外国人就職支援事業委託契約書の規定により、下記のとおり報告します。

No.	氏名	日																														当月 欠講時間	当月 受講時間	累計 受講時間	累計出席率 当月末又は 退校日現在	退校又は 早期修了 月日	受講前 受講後 感染症欠		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30								
		曜	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木							
1		8	8	8																														0	168	168	100.0%		0
2																																		0	168	168	100.0%		0
3																																		0	168	168	100.0%		0
4																																		0	168	168	100.0%		0
5																																		0	168	168	100.0%		0
6																																		0	168	168	100.0%		0
7																																		0	168	168	100.0%		0
8																																		0	168	168	100.0%		0
9																																		0	168	168	100.0%		0
10																																		0	168	168	100.0%		0
11																																		0	168	168	100.0%		0
12																																		0	168	168	100.0%		0
13																																		0	168	168	100.0%		0
14																																		0	168	168	100.0%		0
15																																		0	168	168	100.0%		0
16																																		0	168	168	100.0%		0

上段病：疾病又は負傷による欠席 他：疾病又は負傷以外の欠席 遅：遅刻 早：早退
下段欠講時間を入力、補講時間の場合はマイナスを入力

欠席 遅刻 早退 届

年 月 日

殿

氏名 _____

私は、下記の理由による〔 欠席 ・ 遅刻 ・ 早退 〕について届出します。

(※該当するものを○で囲んでください)

記

1 欠席・遅刻・早退の理由(具体的に記入してください)

証明資料	[添付あり ・ なし] ※該当するものを○で囲んでください
理由	

2 訓練欠講日時

欠席	____年__月__日(____) から ____年__月__日(____)まで____日間 (訓練欠席日数)	
遅刻	____年__月__日(____) ____時__分から " ____時__分までの____時間	
早退	____年__月__日(____) ____時__分から " ____時__分までの____時間	

[以下受託者記入欄]

1 欠勤時間数

合計	時間
----	----

2 欠勤状況確認

該当に ○	該当に ○
欠席	1. 例外となる欠席に該当する(証明資料確認済)
遅刻	2. 1以外の欠席・証明資料確認なし
早退	

※例外となる欠席
 ①インフルエンザ等の感染症
 ②大規模な災害による交通機関の運行停止
 ③裁判への参加や出廷等

※該当する項目に記入漏れがないようにしてください

3 上記のとおり報告する。

年 月 日

受託者担当者

介護分野外国人就職支援事業 完了報告書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

受託者

所 在 地

名 称

代表者名

業務が完了しましたので、報告します。

- | | | | |
|---------|--------|---|----------------|
| 1 契約年月日 | 令和7年 | 月 | 日 |
| 2 契約期間 | 令和7年 | 月 | 日から令和8年3月28日まで |
| 3 完了年月日 | 令和8年 | 月 | 日 |
| 4 実施結果 | 別添のとおり | | |

雇用型訓練終了後の状況(介護分野外国人就職支援事業)

受託者名	
------	--

就職者数	正規	0 名	うち実習先介護事業所 就職者数	正規	名	うち実習先介護事業所 以外の就職者数	正規	名	うち介護関連 以外の就職者数	正規	名
	非正規	0 名		非正規	名		非正規	名		非正規	名
	合計	0 名		合計	0 名		合計	0 名		合計	0 名

番号	氏名	介護職員 初任者研 修修了状 況	訓練終了直前の実習介護事業所			雇用先種別			雇用先				備考	
			実習先介護事業所名	職種 (仕事内容)	実習期間	実習先介護事業所	実習先介護事業所 以外	介護関連 以外	事業者名	住所	電話番号	雇用形態		雇用形態 が「非正 規」の場 合、正規社 員への登 用の有無
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

- (注1) 介護職員初任者研修については、研修の修了状況により「修了」又は「未終了」を選択すること。
- (注2) 「介護実習事業所」欄については、複数の介護事業所で実習した場合は最終の実習先を記載すること。中途退職者で職場実習先を未受講の場合には空欄とする。
- (注3) 雇用者の番号と氏名は、2号様式と対応させること。
- (注4) 「雇用先」欄の該当する項目に「○」を記載すること。
- (注5) 中途退職者については、「備考」の欄に退職年月日を記入すること
- (注6) 雇用以外の理由により中途退職した者については、「備考」の欄に、その具体的な理由を簡潔に記入すること(例:病気療養、家庭の事情、海外留学など)

受託者

所在地 _____
 名称 _____
 代表者名 _____

雇用等実績										
番号	氏名	住所	電話番号	雇用期間	座学研修期間(日、時間)			職場実習期間 (日、時間)	人件費	研修費
					① うち日本語教育研修	② うち介護職員初任者研修	③ ①②以外の研修			
1				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
2				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
3				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
4				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
5				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
6				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
7				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
8				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
9				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
10				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
11				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
12				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
13				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
14				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
15				年月日～ 年月日	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	年月日～ 年月日 日間 時間	円	
									0 円	円

(注1) 雇用した者すべて(中途退職した者、欠員補充した者も含む)について、記入することとし、行が不足する場合は、適宜、追加して記入すること。

(注2) 同一の研修期間が複数に亘る場合、2段以上に分けて記入すること。(職場実習を複数回実施した場合等)

(注3) 「人件費」欄には、賃金のほか、通勤手当、各種手当、社会保険料、労働保険料の事業主負担分も含めること。

7号様式の積算内訳1

単位:円

	氏名	賃金等 ①	通勤手当 ②	社会保険料 事業主負担分 ③	雇用保険料 事業主負担分 ④	労災保険料 事業主負担分 ⑤	計 ①+②+③+④+⑤
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
計							

- 1 雇用した者すべてについて記入することとし、行が不足する場合は、適宜、追加して記入すること。
- 2 ①欄には通勤手当を除く各種手当を含んだ金額を記入すること。
- 3 ③欄には、健康保険料及び厚生年金保険料の事業主負担分並びに児童手当拠出の合計を記入すること。
- 4 金額は全て実際の支払額(通勤手当は税込み、その他経費は税抜き)を記入すること。

介護分野外国人就職支援事業 実績額計算書

受託者名：

科目		金額(円)
① 契約額	(A)新規雇用者人件費	
	(B)訓練実施経費	
	計	
② 実績額 (税込み)	(A)新規雇用者人件費	
	(B)訓練実施経費	
	計	
③ 実績額 (税抜き)	(A)新規雇用者人件費	
	(B)訓練実施経費	
	消費税及び地方消費税	
	計	

- (注1) 「①契約額」欄にはそれぞれ契約書に記載されている金額を記入すること。
(変更契約している場合は変更後の金額を記入)
- (注2) 「②実績額(税込み)」の金額の内訳は、「実績額算出表」のとおり。

実績額算出表

区分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
費用総額(円)														
(円)														
新規雇用者 人件費	賃金等	賃金・各種手当												
		社会保険料、労働保険料												
	上記賃金等に係る消費税													
	通勤手当													
訓練実施経費 (円)														

※項目は、適宜、各事業者で加除修正すること。