様式第１号

介護員養成研修事業者指定申請書（兼）初回研修指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　申請者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）に規定する介護員養成研修事業者の指定及び初回研修の指定を受けたいので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第３条及び第５条第１項の規定により、次のとおり関係資料を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修の課程（該当に○） |  | 介護職員初任者研修 | 講義の方法（該当に○） |  | 通 学 |
|  | 生活援助従事者研修 |  | 通 信 |
| 県内事業所 | 所在地 | (〒　　　－　　　　） |
| 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |
| 初回研修 | 研修期間 | 　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 |
| 募集開始予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 募集定員 | 名 |

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

＜添付書類＞

別紙「様式1」の一覧表を参照し、必要書類を添付すること。

※添付した該当書類は、「事業者チェック欄」へチェック（レ）を入れてください。　　　　　　　　様式１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| チェック欄事業者 | チェック欄県担当者 | 関係書類の種類 | ○添付書類※留意事項 | 摘要 |
|  |  | ① | ●学則 | ○個人情報保護に関する規程（定めのある場合のみ） |  |
|  |  | ② | ●日程表 |  |  |
|  |  | ③ | ●通学カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通学》 |
| ●通信カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通信》 |
|  |  | ④ | ●実習施設一覧表 |  |  |
|  |  | ⑤ | ●介護員養成研修事業実習施設受入承諾書の写し |  |  |
|  |  | ⑥ | ●講師要件確認書 | ○該当する資格にかかる資格証・免許証の写し |  |
|  |  | ⑦ | ●講義室・演習室使用承諾書の写し若しくは所有者との使用関係を証する書類（賃貸借契約書等）の写し |  |  |
|  |  | ⑧ | ●修了評価の方法 |  |  |
|  |  | ⑨ | ●収支予算及び向こう２年間の財政計画書 |  |  |
|  |  | ⑩ | ●定款・寄付行為の写し |  | （法人） |
|  |  | ●登記事項証明書 |  |
|  |  | ●前々及び前年度の財務状況等を表す書類 |  |
|  |  | ●要綱第４条第１項第１号のただし書の「法人に準じて取り扱う団体」であることを証する書類 |  | （準法人） |
|  |  | ⑪ | ●その他必要があると認められる書類 |  |  |
|  |  | ・添削問題・模範解答 |  | 《通信》 |

注1：摘要欄の《通学》及び《通信》は講義の方法がそれぞれ通学、通信である場合に使用のこと。

注2：摘要欄の（　）書は、（　）内の事項に該当する場合のみ書類を添付

様式第２号

介護員養成研修指定申請書（兼）研修事業者指定変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　申請者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号）に規定する介護員養成研修にかかる研修の指定を受け（及び事業者の変更を行い）たいので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第５条第２項（並びに同第１２条第２項及び第３項）の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（届け出）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 研修の課程（該当に○） |  | 介護職員初任者研修 | 講義の方法（該当に○） |  | 通 学 |
|  | 生活援助従事者研修 |  | 通 信 |
| 県内事業所 | 所在地 | (〒　　　－　　　　） |
| 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |
| 研修期間 | 　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 |
| 募集開始予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 募集定員 | 名 |

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

＜添付書類＞

別紙「様式2」の一覧表を参照し、必要書類を添付すること。

※添付した該当書類は、「事業者チェック欄」へチェック（レ）を入れてください。　　　　　　　　様式２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| チェック欄事業者 | チェック欄県担当者 | 関係書類の種類 | ○添付書類※留意事項 | 摘要 |
|  |  | ① | ●学則 | ○個人情報保護に関する規程（定めのある場合のみ） |  |
|  |  | ② | ●日程表 |  |  |
|  |  | ③ | ●通学カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通学》 |
| ●通信カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通信》 |
|  |  | ④ | ●実習施設一覧表 |  |  |
|  |  | ⑤ | ●介護員養成研修事業実習施設受入承諾書の写し |  | ★ |
|  |  | ⑥ | ●講師要件確認書 | ○該当する資格にかかる資格証・免許証の写し | ★ |
|  |  | ⑦ | ●講義室・演習室使用承諾書の写し若しくは所有者との使用関係を証する書類（賃貸借契約書等）の写し |  | ★ |
|  |  | ⑧ | ●修了評価の方法 |  |  |
|  |  | ⑨ | ●収支予算及び向こう２年間の財政計画書 |  |  |
|  |  | ⑩ | ●その他必要があると認められる書類 |  |  |
|  |  | ・添削問題・模範解答 |  | 《通信》★ |

注1：摘要欄の《通学》及び《通信》は講義の方法がそれぞれ通学、通信である場合に使用のこと。

注2：摘要欄の（　）書は、（　）内の事項に該当する場合のみ書類を添付

注3：摘要欄の★印は、従前の事業者又は研修指定申請で提出し、かつ記載事項に変更ない場合のみ省略可

様式第３号

介護員養成研修事業者・研修指定変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

　　　　　年　　月　　日付第　　　号で指定を受けた（介護員養成研修　・　介護員養成研修事業者　※1）の内容を次のとおり変更したい（変更した）ので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第１２条第１項の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修番号 |  |
| １ | 変更内容 | 変更後 |  |
| 変更前 |  |
| 変更理由 |  |
| 変更（予定）年月日 | 　　年　　月　　日 |
| ２ | 変更内容 | 変更後 |  |
| 変更前 |  |
| 変更理由 |  |
| 変更（予定）年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 事業担当者連絡先 | 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |

※１　「事業者」又は「研修」のうち変更するもの（いずれか又は双方）を○で囲むこと。

注　変更内容が３か所以上ある場合は、適宜、記入欄を追加して記載すること。

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

＜添付書類＞

別紙「様式3」の一覧表を参照し、変更事項に係る必要書類を添付すること。

※添付した該当書類は、「事業者チェック欄」へチェック（レ）を入れてください。　　　　　　　　様式３

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| チェック欄事業者 | チェック欄県担当者 | 関係書類の種類 | ○添付書類※留意事項 | 摘要 |
|  |  | ① | ●学則 |  |  |
|  |  | ② | ●日程表 |  |  |
|  |  | ③ | ●通学カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通学》 |
| ●通信カリキュラム（兼）講師一覧表　　　 |  | 《通信》 |
|  |  | ④ | ●実習施設一覧表 |  |  |
|  |  | ⑤ | ●介護員養成研修事業実習施設受入承諾書の写し |  |  |
|  |  | ⑥ | ●講師要件確認書 | ○該当する資格にかかる資格証・免許証の写し |  |
|  |  | ⑦ | ●講義室・演習室使用承諾書の写し若しくは所有者との使用関係を証する書類（賃貸借契約書等）の写し |  |  |
|  |  | ⑧ | ●修了評価の方法 |  |  |
|  |  | ⑨ | ●収支予算及び向こう２年間の財政計画書 |  |  |
|  |  | ⑩ | ●定款・寄付行為の写し●登記事項証明書 |  | （法人） |
|  |  | ●要綱第４条第１項第１号のただし書の「法人に準じて取り扱う団体」であることを証する書類 |  | （準法人） |
|  |  | ⑪ | ●その他必要があると認められる書類 |  |  |
|  |  | ・添削問題・模範解答 |  | 《通信》 |
|  |  | ・住所変更が確認できる書類 |  |  |

注1：摘要欄の《通学》及び《通信》は講義の方法がそれぞれ通学、通信である場合に使用のこと。

注2：摘要欄の（　）書は、（　）内の事項に該当する場合のみ書類を添付

様式第４号

介護員養成研修中止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

　　年　　月　　日付第　　　号で指定を受けた介護員養成研修を中止するので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第１３条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修番号 |  |
| 中止する研修の期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 研修を中止する理由 |  |
| 事業担当者連絡先 | 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

様式第５号

介護員養成研修事業廃止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

　　年　　月　　日付第　　　号で指定を受けた介護員養成研修事業者としての事業を廃止したので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第１４条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修の課程 | 介護職員初任者研修 |
| 廃止年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 廃止の理由 |  |
| 事業担当者連絡先 | 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

＜添付書類＞

介護員養成研修事業実績報告書（様式第６号）及びその添付書類

様式第６号

介護員養成研修事業実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者　法人の主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の名称

代表者の職・氏名

　　年　　月　　日付第　　　号で指定を受けた研修が終了したので、鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱第１５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修番号 |  |
| 研修実施期間 | 　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 |
| 受講者及び修了者 | 受講者数 | 　　　　　　名 |
| 修了者数 | 　　　　　　名 |
| 修了年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 事業担当者連絡先 | 担当者 | 部署 |  | 氏名 |  |
| 電話 |  | FAX |  |
| メール |  |

＜添付書類＞

※添付した該当書類は、「事業者チェック欄」へチェック（レ）を入れてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック欄事業者 | チェック欄県担当者 | 関係書類の種類 | 摘　要 |
|  |  | ① | ●介護員養成研修修了者名簿（別紙様式１１） |  |
|  |  | ② | ●介護職員初任者研修／生活援助従事者研修実習証明書の写し | 参考様式５に準じて作成すること。 |
|  |  | ③ | ●補講実施一覧表の写し | 補講を実施した場合は、参考様式７に準じて作成すること。 |

注　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

別紙様式１

学　　　　　　則

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先・相談窓口 | 所　　属 |  | 職 氏 名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メ ー ル |  | HPアドレス | http:// |

１　研修の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 称
 |  |
| ②日　程 | 介護職員初任者研修課程／生活援助従事者研修課程 | ③講義方法 |  |
| ④実施期間 | 　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日 |
| 日　　程 |  |
| ⑤ｶﾘｷｭﾗﾑ及び講師 |  |
| ⑥使用ﾃｷｽﾄ | 名　称・発行会社 | 　 |
| ⑦実施場所 | 講義施設 | 　 | 所在地 | 　 |
| 演習施設 | 　 | 所在地 | 　 |
| 実習施設 |  |
| ⑧受 講 料 | 金　　　　　円（テキスト代　　　　円、実習費　　　　円、消費税含む。） |
| 支払方法 | 　 |
| 解約条件・返金の有無 | 　 |
| ⑨定　　員 | 　　　　名 |
| ⑩そ の 他 | 　 |

２　受講資格

|  |  |
| --- | --- |
| ①資格要件 | 　 |

３　受講の手続き

|  |  |
| --- | --- |
| ①申込方法 | 　 |
| ②申 込 先 | 　 |
| ③受講決定 | 　 |
| ④科目免除 | 免除の有無 | 有　　・　　無 |
| 免除科目 | 　 |
| 対　象　者 | 　 |
| 申込方法 | 　 |

４　受講上の注意事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①遅刻・早退・欠席の取扱い | 遅　　　刻 | 　 |
| 早　　　退 | 　 |
| 欠　　　席 | 　 |
| ②補講の実施 | 実施の有無 | 有　　・　　無 |
| 可能な科目 |  |
| 上　　　限 |  |
| 方　　　法 | 　 |
| 費　　　用 |  |
| 注意事項 |  |
| ③修了の取扱い | 修了評価 |  |
| 修了期限 | 　　年　　月　　日までに修了すること。 |
| 修了認定 | 修了を認定した者には，修了証書を交付する。 |
| ④受講の取消し | 　次に該当するものは、受講を取り消すことがあるものとする。(1)　(2)　(3)　 |
| ⑤受講中の事故等の対応 |  |
| ⑥個人情報の取扱い |  |

別紙様式２

日　　程　　表

事業者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日 | 研修時間※ | 時間数 | 科目番号／項目名 | 講　師 | 実施場所 |
|
|  | ～ | 0.0 | ●開講式・オリエンテーション |  |  |
|  | ～ | 0.0 | ①多様なｻｰﾋﾞｽの理解 |  |  |
|  | ～ | 0.0 | ①介護職の仕事内容や働く現場の理解 |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 |  |  |  |
|  | ～ | 0.0 | ⑩振り返り |  |  |
|  | ～ | 0.0 | ⑩就業への備えと研修修了後における継続的な研修 |  |  |
|  | ～ | 0.0 | ●修了式 |  |  |

（注１）研修時間には休憩時間は含めずに記載すること。

（注２）科目番号/項目名の欄には、科目番号（別表１参照）と項目名（別表６参照）を記載すること。別紙様式３－１

通学カリキュラム（兼）講師一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修の名称 | 介護職員初任者研修 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目　　名 | 必須履修時間 | 実施時間 | 担当講師名（講義・演習講師） | ※ |
| 講義演習 | 実習 | 計 |
| 職務の理解 | ６ |  |  |  |  |  |
| 介護における尊厳の保持・自立支援 | ９ |  |  |  |  |  |
| 介護の基本 | ６ |  |  |  |  |  |
| 介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | ９ |  |  |  |  |  |
| 介護におけるコミュニケーション技術 | ６ |  |  |  |  |  |
| 老化の理解 | ６ |  |  |  |  |  |
| 認知症の理解 | ６ |  |  |  |  |  |
| 障害の理解 | ３ |  |  |  |  |  |
| こころとからだのしくみと生活支援技術●実習必須（実習時間数上限：１２時間） | ７５ |  |  |  |  |  |
| 振り返り | ４ |  |  |  |  |  |
| 合計時間数 | １３０ |  |  |  |  |

注1　実習を担当する実習指導者（実習受入担当者）の名前は、「実習施設一覧表」（別紙様式５）に記載すること。

注2　※欄には、「講師要件確認書」を提出する講師にのみ「○」を記入すること。

別紙様式３－２

通学カリキュラム（兼）講師一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修の名称 | 生活援助従事者研修 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目　　名 | 必須履修時間 | 実施時間 | 担当講師名（講義・演習講師） | ※ |
| 講義演習 | 実習 | 計 |
| 職務の理解 | ２ |  |  |  |  |  |
| 介護における尊厳の保持・自立支援 | ６ |  |  |  |  |  |
| 介護の基本 | ４ |  |  |  |  |  |
| 介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | ３ |  |  |  |  |  |
| 介護におけるコミュニケーション技術 | ６ |  |  |  |  |  |
| 老化の理解 | ６ |  |  |  |  |  |
| 認知症の理解 | ３ |  |  |  |  |  |
| 障害の理解 | ３ |  |  |  |  |  |
| こころとからだのしくみと生活支援技術●実習必須（実習必須時間数：２時間） | ２４ |  |  |  |  |  |
| 振り返り | ２ |  |  |  |  |  |
| 合計時間数 | ５９ |  |  |  |  |

注1　実習を担当する実習指導者（実習受入担当者）の名前は、「実習施設一覧表」（別紙様式５）に記載すること。

注2　※欄には、「講師要件確認書」を提出する講師にのみ「○」を記入すること。

別紙様式４－１

通信カリキュラム（兼）講師一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修の名称 | 介護職員初任者研修 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目　　名 | 必須履修時間 |  | 通信講義時間 | 面接・指導等時間 | 担当講師名（講義・演習講師） | ※ |
| 上限 | 講義演習 | 実習 | 計 |
| 職務の理解 | 6 | ― | ― |  |  |  |  |  |
| 介護における尊厳の保持・自立支援 | 9 | 7.5 |  |  |  |  |  |  |
| 介護の基本 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | 9 | 7.5 |  |  |  |  |  |  |
| 介護におけるコミュニケーション技術 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 老化の理解 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 認知症の理解 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 障害の理解 | 3 | 1.5 |  |  |  |  |  |  |
| こころとからだのしくみと生活支援技術●実習必須（実習時間数上限：１２時間） | 75 | 12.0 |  |  |  |  |  |  |
| 振り返り | 4 | ― | ― |  |  |  |  |  |
| 合計時間数 | 130 | 40.5 |  |  |  |  |  |

注1　実習を担当する実習指導者（実習受入担当者）の名前は、「実習施設一覧表」（別紙様式５）に記載すること。

注2　※欄には、「講師要件確認書」を提出する講師にのみ「○」を記入すること。

別紙様式４－２

通信カリキュラム（兼）講師一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  | 研修の名称 | 生活援助従事者研修 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　目　　名 | 必須履修時間 |  | 通信講義時間 | 面接・指導等時間 | 担当講師名（講義・演習講師） | ※ |
| 上限 | 講義演習 | 実習 | 計 |
| 職務の理解 | 2 | ― | ― |  |  |  |  |  |
| 介護における尊厳の保持・自立支援 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 介護の基本 | 4 | 2.5 |  |  |  |  |  |  |
| 介護・福祉サービスの理解と医療との連携 | 3 | 2.0 |  |  |  |  |  |  |
| 介護におけるコミュニケーション技術 | 6 | 3.0 |  |  |  |  |  |  |
| 老化と認知症の理解 | 9 | 5.0 |  |  |  |  |  |  |
| 障害の理解 | 3 | 1.0 |  |  |  |  |  |  |
| こころとからだのしくみと生活支援技術●実習必須（実習時間数上限：２時間） | 24 | 12.5 |  |  |  |  |  |  |
| 振り返り | 2 | ― | ― |  |  |  |  |  |
| 合計時間数 | 59 | 29 |  |  |  |  |  |

注1　実習を担当する実習指導者（実習受入担当者）の名前は、「実習施設一覧表」（別紙様式５）に記載すること。

注2　※欄には、「講師要件確認書」を提出する講師にのみ「○」を記入すること。

別紙様式５

実習施設一覧表

事業者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | 実習内容 | 実習施設名 | 所　　在　　地 | 実習指導者（実習受入担当者） |
| 　職務の理解 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| こころとからだのしくみと生活支援技術 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 振り返り |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注「実習内容」には、介護見学、介護実習等の内容を記入すること。

別紙様式６

介護員養成研修事業実習施設受入承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　（介護員養成研修事業者名）

所在地

法人名または施設名

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

貴団体の実施する介護員養成研修（介護職員初任者研修／生活援助従事者研修）の実習施設として、実習生の受入れ及び実習生に対する指導・助言を承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所 | 種　別 ※1 | ・介護保険サービス提供施設　　・障害者福祉サービス提供施設 |
| 名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 開設年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 実習指導者(実習受入担当者) | 氏名 |  | 実務年数 | 　　年　　か月 |
| 実習科目名 ※2 |  | 職務の理解 | 実習内容 |  |
|  | こころとからだのしくみと生活支援技術 |  |
|  | 振り返り |  |
| 実習受入期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

※1　該当する施設種別を○で囲むこと。

※2　該当する「実習科目」に○を記入し、実習内容（現場見学、介護実習等）も併せて記入すること。

注1　同一法人の運営する実習施設であっても、承諾書は実習科目ごとに受領すること。

注2　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

別紙様式７

講師要件確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 現 在 | 所属 |  |
| 業務内容 |  |
| 在職期間 | 　　年　　月から |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当科目 |  |
|  |
|  |

注　担当する研修科目の科目名及び項目名を全て記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当科目に関係のある経歴 | 期　　間 | 勤務先（施設名・学校名） | 担当業務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注　勤務先欄は、法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格・免許 | 名　　　　称 | 所得年月日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注　資格証、免許証等の写しを添付すること。

|  |
| --- |
| 特記事項 |
|  |
|  |

別紙様式８

講義室・演習室使用承諾書

　　　　　　　　　　　　様

（介護員養成研修事業者名）

　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで実施する介護員養成研修の講義室・演習室として、次のとおり会場の使用を承諾します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

講義室・演習室 使用計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 使用年月日 | 講義室・演習室の名称 |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |
| 　　年　　月　　日 |  |

注　事業者自らが所有する講義室・演習室の場合は、本使用承諾書の提出は不要。

別紙様式９

修了評価の方法

　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 評　価　方　法 | 合　格　基　準 | 不合格時の取扱い |
| 修 了 試 験 |  |  |  |

別紙様式１０

収支予算及び向こう２年間の財政計画書

１　収支予算

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 金額（円） | 算　出　内　訳 | 備　　考 |
| 収　入 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 支　出 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

２　向こう２年間の財政計画

(1)　○○年度

(2)　○○年度

注　「２　向こう２年間の財政計画」は、事業者指定の申請の際のみ記入すること。

別紙様式１１

介護員養成研修修了者名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 事業者名 |  | 研修の課程（該当に○） |  | 介護職員初任者研修 | 講義方法（該当に○） |  | 通 学 | 研修番号 |  |
|  | 生活援助従事者研修 |  | 通 信 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | 修了証明書番　　　号 | 氏　　　名 | フリガナ | 生年月日 | 郵便番号 | 住所 | 研修開始年月日 | 修了試験年 月 日 | 修　　了年 月 日 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

別紙様式１２

　鳥取第　　　　　号

修　了　証　明　書

　　　　　　　　氏　　　　　　　名

　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

介護職員初任者研修を修了したことを証明する。

　　　　　　　　年　　月　　日

　介護員養成研修事業者　　○ ○ ○ ○ 印

別紙様式１２－２

　鳥取第　　　　　号

修　了　証　明　書

　　　　　　　　氏　　　　　　　名

　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

生活援助従事者研修を修了したことを証明する。

　　　　　　　　年　　月　　日

　介護員養成研修事業者　　○ ○ ○ ○ 印

注１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４とする。

注２　縦書き、横書きを問わない。

別紙様式１３

鳥取第　　　　　　　号

修　了　証　明　書（携帯用）

　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　年　　月　　日生

介護職員初任者研修を修了したことを証明する。

　　年　　月　　日

　　　　介護員養成研修事業者

　○ ○ ○ ○　 印

別紙様式１３－２

鳥取第　　　　　　　号

修　了　証　明　書（携帯用）

　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　年　　月　　日生

生活援助従事者研修を修了したことを証明する。

　　年　　月　　日

　　　　介護員養成研修事業者

　○ ○ ○ ○　 印

注１　縦書き、横書きを問わない。

注２　下線部は、修了課程名を記載する。

参考様式１

介護業務実務経験証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 生　　年　　月　　日 |
| 氏名 | (姓) | (名) | 　　年　　月　　日 |
| 勤務内容 | 事業所名 |  |
| 事業等の種類 |  |
| 従事する業務 |  |
| 従事期間(実務経験証明書作成日又は退職した日までの従事期間) |  | 年　　月　　日～ |  | 　　年　　月　　日 |
| （従事期間　　年　　か月） |
| 上記の従事期間の勤務形態 | 常勤　　　・　　　非常勤 |
| 実勤務日数 | 　　　　　　　　　　日 |
| 特記事項（特別な勤務形態の内容） |
| 　　上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注1　証明書の内容を訂正することは認められない。

注2　代表者の印は代表者の職印、施設印、法人印等を押印すること。私印は認められない。

注3 「事業等の種類」欄には、訪問介護事業所・通所介護事業所・介護老人福祉施設等を記載すること。

注4 「従事する業務」欄には、訪問介護・施設介護・看護業務等を記載すること。

注5 「上記の従事期間の勤務形態」の実勤務日数欄には、１日の時間数を問わず、勤務した日数を記載すること。また、特別な勤務形態である場合は、特記事項欄に記載すること。

参考様式２

介護員養成研修　科目免除対象者一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 事業者名 |  | 研修の課程（該当に○） |  | 介護職員初任者研修 |
|  | 生活援助従事者研修 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | 氏　　名 | 免除要件（下記から該当する欄に○） | 免除科目内　　容 |
| Ａ | Ｂ | Ｃ | Ｄ | Ｅ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注　修了者の免除資格を証明する書類すべてについて整理しておくこと。

Ａ：１年以上の実務経験者（介護従事日数１８０日以上）

Ｂ：生活援助従事者研修の修了者

Ｃ：入門的研修の修了者

Ｄ：認知症介護基礎研修の修了者

Ｅ：訪問介護に関する三級課程の修了者

参考様式３

介護員養成研修　出席簿

（指定研修番号　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　　　　　　　　日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 時　　　　　　　　間 | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： | ：～： |
| 科　　　目　　　名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 講師氏名（署名） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講番号 | 氏　　名 | ※受講確認（受講者本人が署名または捺印し、講師が講義開始前にチェックすること） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **－** | **合計人数** |  |  |  |  |  |  |  |  |

※出席の確認は担当講師が行い、欠席は「×」、免除対象の科目には「／」と記載すること。

参考様式４

実習日誌

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 研修名称 |  |
| 受講番号 |  |
| 氏　　名 |  |
| 実習年月日及び時間数 | 　　年　　月　　日　　時間（　　：　　～　　:　　） |
| 実　習　科　目 |  |
| 実習施設・事業所名 |  |
| 実習内容 |  |
| 感想・考察等 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 質問等 | ※見学のみの場合は記入不要。 |
|  |
|  |
| 実習先コメント | ※見学のみの場合は記入不要。　　　　　　　　　　　　　　　　実習責任者（実習受入担当者）　　　　　　　　　　　　 |

参考様式５

介護職員初任者研修／生活援助従事者研修　実習証明書

事業者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実 習 参 加 者 名 | 実　施　年　月　日 | 実 習 参 加 者 名 | 実　施　年　月　日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　上記の者は、「鳥取県介護員養成研修（介護職員初任者研修・生活援助従事者研修）事業実施要綱」に定める標記研修課程の実習を修了したことを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　実習指導者（実習受入担当者）名

参考様式６

通信学習課題実施確認書

指定研修番号　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

下記の通り通信学習課題を実施・評価しました。

講師(署名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(下記担当科目番号を記載　　　　　　　　　　)　添削指導終了日

講師(署名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(下記担当科目番号を記載　　　　　　　　　　)　添削指導終了日

講師(署名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(下記担当科目番号を記載　　　　　　　　　　)　添削指導終了日

講師(署名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(下記担当科目番号を記載　　　　　　　　　　)　添削指導終了日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科目番号** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **受講番号** | **氏　　名** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** | **評価** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注１　評価欄には、「合」、「否」を記入し、科目免除の場合は「免」を記入すること。

注２　課題の再提出があった場合には、再提出後の評価を記入すること。

参考様式７

補　講　実　施　一　覧　表

指定研修番号　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補講受講者名 | 補講科目・項目名 | 補講実施日時 | 補講担当講師 | 補講方法 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |
|  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  | １　自事業者２　他事業者（　　　　　　　　　） |

注　補講を他事業者で実施した場合、当該事業者から「補講受講証明書」(参考様式８)を受領すること。

参考様式８

補　講　受　講　証　明　書

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

（介護員養成研修事業者名）

　　　　　　　　　　補講実施者　　指定番号

所在地

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職氏名

　次のとおり介護員養成研修の補講を実施したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補講受講者名 | 生年月日 | 補講科目・項目名 | 補講実施日時 | 補講担当講師 |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |
|  |  |  | 　　　　年　　月　　日：　　～　　： |  |