（様式第１号）

番　　　　　号

年　　月　　日

鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定申請書

　鳥取県知事　　　　　様

申請者 住　　所

　 事業者名

　　 代表者名 　　　　　印

（電話） 　　（ファクシミリ）

居宅介護職員初任者研修等事業（ 　　　　　　　　　　 　　課程）の指定を受けたいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第３条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　研修事業の名称

２　養成研修課程

３　研修事業の実施場所

（通信教育による事業を行う場合にあっては、対象地域および主たる事業の実施場所）

４ 募集開始予定年月日

５　研修事業の実施予定期間

６　実習予定施設の名称及び所在地

添付書類

　① 学則又は募集要項

　② カリキュラム日程表（様式第２号）

　③ 講師選定調書（様式第３号）

　④ 実習施設利用計画書（様式第４号）及び実習施設利用承諾書（様式第５号）

⑤ 研修事業に係る収支予算の細目及び向こう２年間の財政計画

　⑥ 定款、寄付行為その他の基本約款等

　⑦ 資産状況（申請者の予算書、決算書）

　⑧ 修了証明書（様式第６号）及び修了証明書（携帯用）（様式第７号）または修了証書（様式第８号）の様式

　⑨ 第三号基本研修の登録研修機関であることを証明する書類（重度統合課程のみ）

⑩ その他（通信のみ）

通信添削課題、添削指導及び面接指導の方法等、講義室及び演習室使用承諾書（様式第９号）

（様式第２号）

居宅介護職員初任者研修等（ 　　　　　　）課程カリキュラム日程表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研　修　日　時 | | | 時間 | 教　科　名 | 担　当　講　師 |
| 月　日 | 曜日 | 時分～時分 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（様式第３号）

講　師　選　定　調　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | 現 職 名 | |  | 専・兼任の別 | |  |
| 担　　当　　科　　目 | | | | 担当科目を選定した理由 | | | | | |
|  | 講義 | | |  | | | | | |
| 実技 | | |  | | | | | |
| ①担当科目に関連する資格 | | | （ 　　 　年取得）  　　　　　　　 　　（ 年取得）  　　　　　　　 （ 年取得） | | | | | | |
| ②担当科目に関連する職歴 | | | 学校名（所属名） | | 専攻科目（職務内容） | | | 従　事　期　間 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | 現 職 名 | |  | 専・兼任の別 | |  |
| 担　　当　　科　　目 | | | | 担当科目を選定した理由 | | | | | |
|  | 講義 | | |  | | | | | |
| 実技 | | |  | | | | | |
| ①担当科目に関連する資格 | | | （ 　　 　年取得）  　　　 　　（ 年取得）  　　　 （ 年取得） | | | | | | |
| ②担当科目に関連する職歴 | | | 学校名（所属名） | | 専攻科目（職務内容） | | | 従　事　期　間 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |
|  | |  | | | 年 ～ 年 | |

　（注）担当科目の講師として選定した根拠として、①又は②について記載すること。

（様式第４号）

実習施設利用計画書（ 　　課程）

事業者名：

研修実施期間： 　年　月　日～ 　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施 　　設　　 名 | 内 容 | | | 実　習　期　間 |
|  |  |  |
| １ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ２ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ３ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ４ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ５ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ６ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ７ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
| ８ |  | 人 | 人 | 人 | 年　月　日  ～ 　年　月　日 |
|  | 実習人数合計 | 人 | 人 | 人 |  |

（注）内容欄には、「介護実習」、「同行訪問」、「在宅見学」等の実習内容を記載すること。

（様式第５号）

実 習 施 設 利 用 承 諾 書

　　　　　 　　　　　　　　年 月 日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　施設所在地

　 施　設　名

　　　　　　　　　施設長名 　印

　　開設年月

居宅介護職員初任者研修等事業の実習施設として、下記のとおり承諾します。

記

１　研修事業名

２　実習内容・実習期間・時間・受入人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実　習　内　容 | 実　習　期　間 | 受入人数 |
|  | 年 月 日  ～ 　年 月 日 | 人 |
|  | 年 月 日  ～ 　年 月 日 | 人 |
|  | 年　月　日  ～ 年　月　日 | 人 |

　（注）募集定員分の承諾書を添付すること。

（様式第６号）

|  |
| --- |
| 第　　　　号  修 了 証 明 書  　　 　　 氏　　名  　　　　　　　　　年　　月　　日生  　指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成１８年厚生労働省告示第５３８号）に規定する研修の（別記１）課程を修了したことを証明する。  　 年 月 日  （居宅介護職員初任者研修等事業者名） |

（様式第７号）

|  |
| --- |
| 第　　　　号  修 了 証 明 書（携帯用）  氏　　名  　　　　　　　　　年　　月　　日生  　指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成１８年厚生労働省告示第５３８号）に規定する研修の（別記１）課程を修了したことを証明する。  　　　 年 月 日  （居宅介護職員初任者研修等事業者名） |

（別記１）

・居宅介護職員初任者研修

・障害者居宅介護従業者基礎研修

・重度訪問介護従業者養成研修基礎

・重度訪問介護従業者養成研修追加

・重度訪問介護従業者養成研修統合

・重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援

　　・同行援護従業者養成研修一般

　　・同行援護従業者養成研修応用

・行動援護従業者養成研修

・視覚障害者移動支援従業者養成研修

・全身性障害者移動支援従業者養成研修

・知的障害者移動支援従業者養成研修

（様式第８号）

|  |
| --- |
| 第　　　　号  修　了　証　書  　　 　　 氏　　名  　　　　　　　　　　　年　　月　　日生  　あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が鳥取県知事の指定を受けて行う（別記２）を修了したことを証します。  　 年 月 日  　（居宅介護職員初任者研修等事業者名） |

（別記２）

　　・強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）

　　・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）

（様式第９号）

講義室及び演習室使用承諾書（通信制）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

所　在　地

　 施　設　名

　 　施設長名 　　 印

居宅介護職員初任者研修等事業（　　　　　　　　　　課程）の面接指導に係る講義室及び演習室として、使用を承諾します。

記

１ 面　　　積 ㎡

２ 収容人員数 名

※　会場平面図を添付すること。

（様式第１０号）

居宅介護職員初任者研修等事業指定申請書

　　　　　　　年　　月　　日

　鳥取県知事 様

申請者 住　　所

　 事業者名

　 代表者名 　　　　　印

（電話）　　　　　（ファクシミリ）

　研修事業を実施したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月

３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第４条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　研修事業の名称

２　研修事業の実施場所

３　研修事業の実施期間

４ 受講資格及び定員

５ 募集時期及び受講手続

添付書類

① カリキュラム日程表（様式第２号）

　② 講師選定調書（様式第３号）（厚生労働省が実施する研修を録画した記録媒体を用いることにより研修を行う場合には省略することができる。）

　③ 実習施設利用計画書（様式第４号）及び実習施設利用承諾書（様式第５号）

　④ 講義室及び演習室使用承諾書（様式第９号）（通信のみ）

　⑤ 他の都道府県知事、指定都市市長又は中核市長の事業者指定を受けている場合には、その指定書又はそれに類する書類

（様式第１１号）

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る変更届出書

　　　　 　　　年　　月　　日

　鳥取県知事 様

申請者 住　　所

　 事業者名

　　 代表者名 　　　　　印

（電話） （ファクシミリ）

　　　年　　月　　日付第　　　　号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業（　　　　　　課程）について、下記のとおり内容を変更したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第５条の規定により届け出ます。

記

１　変更時期 年　　月　　日

２　変更理由

３　変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変 更 前 | 変 更 後 |
|  |  |

（様式第１２号）

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る休止又は再開届出書

　　　　　年　　月　　日

鳥取県知事 　様

申請者 住　　所

　 事業者名

　　 代表者名 　　　　　印

　　　　 （電話）　　　　　（ファクシミリ）

　　　　年　　月　　日付第　　　　号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業（　　　　　　　課程）を下記のとおり（休止・再開）したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第６条第２項の規定により届け出ます。

記

１ 休止・再開予定年月日 年　　月　　日

２ 休止する理由

３ 休止予定期間 年　　月　　日から 　　　 年　　月　　日まで

（様式第１３号）

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業に係る廃止届出書

　　　　 　年　　月　　日

鳥取県知事 　様

申請者 住　　所

　 事業者名

　　 代表者名 　　　　　印

　　　　 （電話）　　　　　（ファクシミリ）

　　　　年　　月　　日付第　　　　号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業（　　　　　　　課程）を下記のとおり廃止したいので、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第７条の規定により届け出ます。

記

１ 廃止予定時期 年　　月　　日

２ 廃止する理由

（様式第１４号）

鳥取県居宅介護職員初任者研修等事業実績報告書

　　　　 　　　年　　月　　日

　鳥取県知事 様

申請者 住　　所

　 事業者名

　　 代表者名 　　　　　印

　　　　 （電話）　　　　　（ファクシミリ）

　　　　年度居宅介護職員初任者研修等事業に係る実績報告について、鳥取県居宅介護職員初任者研修等に係る事業者指定要領（平成１５年６月３０日付第５６４号鳥取県福祉保健部長通知）第９条の規定により報告します。

記

１　研修実施期間 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

２ 研修実施課程 　 課程

３ 受講状況 受講申込者数 人

受講決定者数 人

修了認定者数 人

添付書類

① 修了者名簿（様式第１５号）

② 受講者出席簿の写し

③ 研修事業に係る収支決算の細目

（様式第１５号）

修　　了　　者　　名　　簿

事業者名

修了課程　 　　　　　　課程

修了証明書発行年月日　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証明書  番　　　号 | 氏　　　名  （フリガナ） | 生年月日 | 性別 | 住　　　　　所 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |