

介護員養成研修事業者指定申請書

年 月 日

徳島県知事 殿

(研修実施機関)

住 所

実施機関名

代表者氏名

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第3条第2項及び介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第22条の26の規定に基づき徳島県介護員養成研修事業者として指定を受けたいので申請します。

- 1 申請者の氏名及び住所(法人にあっては、その名称及び主たる事業所の所在地)
- 2 研修の名称及び課程
- 3 事業所の所在地(講義を通信の方法によって行おうとする者にあっては、主たる事業所の所在地)
- 4 学則
- 5 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任または兼任の別
【別紙1-1】 【別紙1-2】 【別紙1-3】
- 6 研修に実習を取り入れる場合は、実習施設として利用しようとする施設の名称、所在地及び設置者の氏名(法人にあっては、その名称)及び当該施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書【別紙1-4】
- 7 収支予算及び向こう2年間の財政計画
【別紙1-5】
- 8 申請者が法人であるときは、定款その他の基本約款
- 9 役員名簿
【別紙1-6】
- 10 その他指定に関し必要があると認める書類

※講義を通信の方法によって行おうとする者にあっては、さらに次の事項。

- 11 講義を通信の方法によって行う地域
- 12 添削指導及び面接指導の指導方法
- 13 面接指導を実施する期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書

【担当者】 氏名 連絡先

(様式第2号) (第6条関係)

介護員養成研修事業計画書

年 月 日

徳島県知事 殿

(研修実施機関)
住 所
実施機関名
代表者氏名

次のとおり研修会を実施する予定です。

研修課程の別	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 ・ <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修		
研修会の名称			
担当者氏名			
電話・ファックス番号	電話		ファックス
実施場所	施設名		
	所在地		
	電話番号		
指定年月日	年 月 日		
実施期間	第1回	年 月 日 から	年 月 日
	第2回	年 月 日 から	年 月 日
	第3回	年 月 日 から	年 月 日
	第4回	年 月 日 から	年 月 日
	第5回	年 月 日 から	年 月 日
開講時間等	毎週 曜日、 時 ～ 時		
実習施設 <small>※複数ある場合には別添に てすべて記載すること</small>	法人名		
	施設名		
受講対象者			
受講定員	1回当たり 人 (合計 人)		
受講料	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料 (円)		
テキスト代	<input type="checkbox"/> 無料配付 <input type="checkbox"/> 受講料に含む <input type="checkbox"/> 自己負担 (円)		
使用テキスト	<input type="checkbox"/> 長寿社会開発センター版 <input type="checkbox"/> その他()		
累計修了者数	人		

(注) 1 実施場所別に作成すること。

2 欄は該当するものにV。

3 研修日程・カリキュラム(講師氏名記載のこと)、別紙1-1～別紙1-4及び募集要領を添付のこと。

(様式第3号) (第7条関係)

介護員養成研修変更等届出書

第 年 月 日

徳島県知事 殿

(研修実施機関)

住 所

実施機関名

代表者氏名

次の研修会を、介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第3条第2項及び介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第22条の29の規定に基づき、変更(廃止・休止・再開)したので届け出ます。

研修課程の別	介護職員初任者研修 ・ 生活援助従事者研修	
研修会の名称		
変更等の年月日	年 月 日	
変更等の理由		
変更した場合の内容	変更前	変更後
休止した場合はその予定期間	年 月 日 から (年 月) 年 月 日 まで	

- (注) 1 変更した場合にあっては、変更後の内容について、指定申請の際に必要なとされる書類を添付すること(例:講師の変更の場合は、変更後の講師の履歴等)。
2 再開した場合にあっては、第6条に定める書類を添付すること。
3 既に生活援助従事者研修(介護職員初任者研修)の研修事業者として指定されている者が第7条第2項(第16条)により介護職員初任者研修(生活援助従事者研修)の研修事業者としてみなし指定を受けるに当たっては、第5条に規定する書類(介護員養成研修事業者指定申請書(様式第1号)、(8)、(9)は除く)を添付すること。

(様式第4号) (その1) (第10号関係)

第 号	修 了 証 明 書	氏 名	年 月 日 生	介 護 職 員 初 任 者 研 修 課 程 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 名 (印)
--------	-----------------------	--------	------------------	--	-------------	--

(その2)

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課程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名 (印)

(様式第4号の2) (その1) (第17号関係)

第 号	修 了 証 明 書	氏 名	年 月 日 生	生活援助従事者研修課程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名 (印)
--------	-----------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	-----------------

(その2)

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課程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名 (印)		

(様式第5号) (第12条関係)

介護員養成研修実績報告書

年 月 日

徳 島 県 知 事 殿

(研修実施機関)
住 所
実 施 機 関 名
代 表 者 氏 名

次のとおり研修事業を実施しましたので報告します。

- 1 研修の名称
- 2 研修の課程(通学・通信課程の別)
介護職員初任者研修【通学・通信】 ・ 生活援助従事者研修【通学・通信】
- 3 研修実施機関
- 4 受講者数・研修修了者数
受講者数 名
研修終了者数 名
- 5 研修修了者及び研修実施状況
添付資料のとおり

【添付資料】

- (1) 受講者の出席簿
- (2) 実習修了確認書【別紙1-7】(実習を活用した場合)
- (3) 講師出講確認【別紙1-8】
- (4) 介護員養成研修受講科目免除報告書【別紙1-9】(受講科目の免除がある場合)

(様式第6号) (第12条関係)

介護員養成研修修了者名簿

年 月 日

徳島県知事 殿

(研修実施機関)
住 所
実施機関名
代表者氏名

次のとおり研修事業を実施しましたので報告します。

【介護員養成研修修了者名簿】

(研修課程：)

整理 番号	ふりがな 氏 名	生年月日	性 別	住 所	修 了 年月日	修 了 証明書 番号	本人確 認の方 法
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

- (注) 1 修了者の氏名については、必ずふりがなを記載すること。
2 本人確認の方法は確認をとった書類の名称(運転免許証、住民票等)を記載すること。