

現行

様式第1号～様式第4号まで変更なし

(様式第5号)

年 月 日

兵庫県 様

住所又は所在地
申請者名称
代表者職・氏名



介護員養成研修事業指定申請書
(介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程)

介護員養成研修事業として指定を受けたいので、兵庫県介護員養成研修事業者指定要綱及び兵庫県介護員養成研修事業者指定要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 指定申請する研修事業の内容

(1)研修目的	
(2)研修事業の実施主体	(例)株式会社〇〇〇〇 (事業者指定番号 ※2回目以降の申請時に記入)
(3)研修事業名	※通称・通学及び研修課程の別を含めること
(4)研修事業の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (募集予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
(5)修了証明書交付予定年月日	年 月 日
(6)研修事業の実施場所	〇〇〇〇教室(住所:) 【研修事業同時申請の場合の例】 様式第5号別紙1(5)のとおり
(7)研修日程、担当講師、実習先	別紙「介護員養成研修事業実施日程表」のとおり
(8)受講資格	
(9)定員及び開講必要人数	定員 人(人以上で開講)
(10)募集方法	
(11)受講申込手続及び受講者の決定方法	
(12)受講者負担金	※本研修について通常提供している価格を記載すること
(13)使用テキスト	
(14)研修修了の認定方法	
(15)情報開示を行うホームページのアドレス	http:// ※受講生募集情報(要領別紙4)のホームページアドレス

介護員養成研修事業を実施するにあたり、以下のとおり誓約します。

- 兵庫県介護員養成研修事業者指定要綱及び兵庫県介護員養成研修事業者指定要領を遵守し、上記内容のとおり研修事業を実施します。
 - (12) 受講者負担金については、受講者に通常提供している価格を記載しています。
 - 上記内容に変更が生じる場合は、速やかに関係書類を添えて変更届を提出します。
- ※口にて記入されていない場合は申請を受理できません。
※裏面も必ずご確認ください。

改正案

※初任者研修は電子申請システムから入力

(様式第5号)

兵庫県 様

住所(主たる事務所の所在地)
団体名(法人名)
代表者名(職・氏名)
電話() - 番
電子メール

介護員養成研修事業指定届出書
(生活援助従事者研修課程)

介護員養成研修事業として研修事業を行いたいので、兵庫県介護員養成研修事業者指定要綱及び兵庫県介護員養成研修事業者指定要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

1 指定を届け出る研修事業の内容

(1)研修目的	
(2)研修事業の実施主体	(例)株式会社〇〇〇〇 (事業者指定番号 ※2回目以降の届出時に記入)
(3)研修事業名	※通称・通学等の別を含めること
(4)研修事業の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (募集予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
(5)研修事業の実施場所	〇〇〇〇教室(住所:)
(6)研修日程、担当講師、実習先	別紙「介護員養成研修事業実施日程表」のとおり
(7)受講資格	
(8)定員及び開講必要人数	定員 人(人以上で開講)
(9)募集方法	
(10)受講申込手続及び受講者の決定方法	
(11)受講者負担金	円(税込)
(12)使用テキスト	
(13)研修修了の認定方法	
(14)情報開示を行うホームページのアドレス	https:// ※受講生募集情報(要領別紙4)のホームページアドレス

介護員養成研修事業を実施するにあたり、以下のとおり誓約します。

- 兵庫県介護員養成研修事業者指定要綱及び兵庫県介護員養成研修事業者指定要領を遵守し、上記内容のとおり研修事業を実施します。
- (11) 受講者負担金については、受講者に通常提供している価格を記載しています。
- 上記内容に変更が生じる場合は、速やかに関係書類を添えて変更届を提出します。
- 協力保証書を取り交わし済。研修事業の実施・継続が困難になった場合及び要綱に適合しない研修事業を実施した場合等には、下記協力事業者が、責任を持って研修事業を完了します。

2 添付書類

添付書類	書類の名称
	(1)申請事業一覧(様式第5号別紙1) (※同時に複数の研修事業の指定申請を行う場合)
	(2)介護員養成研修事業実施日程表(様式第5号別紙2) (同時に複数の研修事業の指定申請を行う場合は、研修事業ごとに提出する。)
	(3)協力保証書(様式第5号別紙3)

※ 添付している書類に○

※口に✓が記入されていない場合は申請を受理できません。

2 協力事業者

協力事業者名	
住所	〒
電話番号	
代表者氏名	
新たに受講料を徴収する場合の上限額	円(税込) ※受講者が徴収する受講料の2分の1を超える額を設定しないこと

3 添付書類 ※添付している書類に○

添付書類	書類の名称
	(1)介護員養成研修事業実施日程表(様式第5号別紙1)

(様式第5号別紙1)

兵庫県介護員養成研修指定申請事業一覧

研修事業名：〇〇株式会社
令和 年 月 日に申請する介護員養成研修について、
研修事業名等の一覧は下記のとおりです。

申請件数： _____

実施場所の一覧	
教室名	住所

通し 番号	(1)研修事業名	(2)研修事業の実施期間	(3)募集予定期間	(4)研修実施開始予定年月日	(5)研修事業の実施場所		(6)定員/開講必要人数	(7)受講者負担金	(8)ホームページアドレス ※一般募集を行う場合
					定員	開講必要人数			
記載 例	〇〇ケア 〇〇教室 介護職員初任者研修 講座制〇月〇コース	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	〇〇教室	20名	5名	〇〇円(税込)	http://...
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

※1申請日と同じ複数の研修事業を同時に申請する際に、提出すること。(上記の項目以外が異なる研修は、原則として本様式は使えない。)
※2様式第5号別紙2「介護員養成研修事業実施日程表」には、上記通し番号を記載すること。

廃止

(様式第5号別紙2)

介護員養成研修事業実施日程表
(介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程)

研修事業名：○○○○ 研修(通信)
通し番号(同時に複数の研修事業を申請する場合)：0

区分	日付	時間	通信	通学	計	科目番号	講師名
講義・演習	(例)○月×日	10:00 ~ 12:00	0	2	2	(1)-①	①兵庫太郎
	○月×日	13:00 ~ 17:00	0	4	4	(1)-②	①兵庫太郎
	○月×日~○月×日	- ~ -	7.5	0	7.5	(2)-①	①兵庫太郎
	○月×日	10:30 ~ 12:00	0	1.5	1.5	(2)-②	①兵庫太郎
 ~
 ~
 ~
 ~
 ~
	○月×日	10:00 ~ 12:00	0	2	2	(10)-②	⑦神戸次郎
小計			40.5	77.5	118		
区分	実習期間		通信	通学	計	実習番号	実習先
実習	○月×日 ~ △月○日		/	8	8	⑦	①こうべ荘
				4	4		②ひょうご園
小計				12	12		
修了評価(実施日：○月×日)				1	1		
合計			40.5	90.5	131		

- ※1 カリキュラム等によって1枚に収まらない場合は、複数枚になっても構わない。
- ※2 実習の欄については、研修で実習を行う場合のみ記入すること。
- ※3 科目番号は、「介護職員初任者研修課程カリキュラム表(様式1号別紙1-1、または様式第1号別紙1-2)」から選択すること。
- ※4 講師名は、「担当講師一覧表(様式1号別紙2)」から選択すること。
- ※5 実習番号は、「要領14の(1)および(2)」の組み合わせから選択すること。
- ※6 実習先は、「実習受入施設一覧表(様式1号別紙4)」から選択すること。
- ※7 講義・演習欄は日付順に並べること。(通信はこの限りではない。また、同一日は複数行になっても構わない。)

※初任者研修は電子申請システムから様式をダウンロード

(様式第5号別紙1)

介護員養成研修事業実施日程表
(生活援助従事者研修課程)

研修事業名：○○○○ 研修(通信)

区分	日付	時間	通信	通学	計	科目番号	講師名
講義・演習	(例)○月×日	10:00 ~ 12:00	0	2	2	(1)-①	①兵庫太郎
	○月×日	13:00 ~ 17:00	0	4	4	(1)-②	①兵庫太郎
	○月×日~○月×日	- ~ -	2.5	0	2.5	(2)-①	①兵庫太郎
	○月×日	10:30 ~ 12:00	0	1.5	1.5	(2)-②	①兵庫太郎
 ~
 ~
 ~
 ~
 ~
	○月×日	10:00 ~ 12:00	0	2	2	(9)-①②	⑦神戸次郎
小計			29	28	57		
区分	実習期間		通信	通学	計	実習番号	実習先
実習	○月×日 ~ △月○日		/	2	2	必須	① こうべ荘
				2	2	②	②ひょうご園
小計				4	4		
修了評価(実施日：○月×日)				0.5	0.5		
合計			29	32.5	61.5		

- ※1 カリキュラム等によって1枚に収まらない場合は、複数枚になっても構わない。
- ※2 実習の欄については、研修で実習を行う場合のみ記入すること。
- ※3 科目番号は、「介護職員養成研修課程カリキュラム表(様式第1号別紙1-2)」から選択すること。
- ※4 講師名は、「担当講師一覧表(様式1号別紙2-2)」から選択すること。
- ※5 実習番号は、「要領14の(2)」の組み合わせから選択すること。
- ※6 実習先は、「実習受入施設一覧表(様式1号別紙4)」から選択すること。
- ※7 講義・演習欄は日付順に並べること。(通信はこの限りではない。また、同一日は複数行になっても構わない。)

(様式第5号別紙3)

協力保証書

年 月 日

兵庫県 様

(研修事業者)

介護員養成研修事業者名

代表者職・氏名



(協力事業者)

〇〇〇〇〇

代表者職・氏名



協力事業者〇〇〇〇は、研修事業者〇〇〇〇が行う下記介護員養成研修事業について、兵庫県介護員養成研修事業者指定要綱及び兵庫県介護員養成研修事業者指定要領に基づいた質の高い研修事業を実施することを保証します。

なお、研修事業者〇〇〇〇の研修事業の実施・継続が困難になった場合及び要綱に適合しない研修事業を実施した場合等には、協力事業者〇〇〇〇が、責任を持って研修事業を完了できるよう協力することを誓約します。

記

- 1 課 程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 実施主体
- 4 研修事業の期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 5 研修事業の継続が困難になったとき、協力事業者が新たに受講料を徴収する場合の上限額

※1 協力事業者は上記研修事業者の事業指定申請時に、兵庫県において介護員養成研修事業者の指定を受けることができる要件を具備している、原則県内で実績のある事業者等であること。

※2 5については、受講者が徴収する受講料の2分の1を超える額を設定しないこと。

※3 「研修事業の実施・継続が困難になった場合等」の効力は、受講者が受講料を振り込んだ時点で発生し、研修事業が完了するまでを言う。

なお、事業者が受講生に対して金銭債務を返済した場合は、この限りではない。

※4 同時に複数の研修事業の指定申請を行う場合、次頁の事業一覧を記載し本様式表面に印刷することとまとめて保証することが可能。

変更なし

(裏面 ※複数の研修事業をまとめて保証する場合)

対象事業一覧

通し 番号	研修事業名	研修事業の期間	研修事業の継続が困難になった とき、協力事業者が新たに受講 料を徴収する場合は上限額
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

変更なし

※初任者研修は電子申請システムから自動送信

(様式第6号)

第 年 月 日

様

兵庫県

介護員養成研修事業指定通知書

年 月 日付け 第 号で申請のありました下記事業については、介護員養成研修事業として指定しますので通知します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
 - 2 研修事業名
 - 3 事業指定番号
 - 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
 - 5 実施場所
 - 6 定員
 - 7 注意事項
- 修了者への修了証明書等の交付は、当事業実績報告書受理通知を受けた後に行うこと。

(様式第6号)

第 年 月 日

様

兵庫県

介護員養成研修事業指定受理通知書

年 月 日付け 第 号で届出のありました下記事業については、介護員養成研修事業として受理しますので通知します。

記

- 1 研修課程 生活援助従事者研修課程
 - 2 研修事業名
 - 3 事業指定番号
 - 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
 - 5 実施場所
 - 6 定員
 - 7 注意事項
- 修了者への修了証明書等の交付は、当事業実績報告書受理通知を受けた後に行うこと。

(様式第7号)

第 号
年 月 日

様

兵庫県 ○○○○

介護員養成研修事業指定申請却下通知書

年 月 日付け 第 号で申請のありました下記の介護員養成研修事業については、申請を却下しますので通知します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 4 実施場所
- 5 定員
- 6 申請却下理由

(様式第7号)

第 号
年 月 日

様

兵庫県

介護員養成研修事業指定届出却下通知書

年 月 日付け 第 号で届出のありました下記の介護員養成研修事業については、申請を却下しますので通知します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 4 実施場所
- 5 定員
- 6 申請却下理由

(様式第8号)

第 年 月 日

兵庫県 様

所在地
介護員養成研修事業者名
代表者職・氏名



介護員養成研修事業中止届

年 月 日付け 第 号で指定を受けた介護員養成研修事業を下記のとおり中止したいので届け出ます。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 中止時期 年 月 日
- 5 中止理由
- 6 代替措置等(すでに受講申込を受けた方に対する返金、代替研修の斡旋等の措置を具体的に記載すること。)

※初任者研修は電子申請システムから入力

(様式第8号)

第 年 月 日

兵庫県 様

住 所(主たる事務所の所在地)
団 体 名(法人名)
代 表 者 名(職・氏名)
電 話() - 番
電 子 メール

介護員養成研修事業中止届

年 月 日付け 第 号で**受理された**介護員養成研修事業を下記のとおり中止したいので届け出ます。

記

- 1 研修課程 **生活援助従事者研修課程**
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 中止時期 年 月 日
- 5 中止理由
- 6 代替措置等(すでに受講申込を受けた方に対する返金、代替研修の斡旋等の措置を具体的に記載すること。)

※初任者研修は電子申請システムから入力

(様式第9号)

第 年 月 日

兵庫県 様

所在地
介護員養成研修事業者名
代表者職・氏名



介護員養成研修事業変更届

年 月 日付け 第 号で指定を受けた(介護員養成研修事業者・介護員養成研修事業)について、下記のとおり変更するので届け出ます。

記

研修(事業者・事業)名			
(事業者・事業)指定番号			
課程・講義の方法	※該当する研修課程・形式欄に○を記入	通学	通信
	介護職員初任者研修課程		
	生活援助従事者研修課程		
変更事項			
	変更前		
	変更後		
変更理由			
変更となる時期			

- ※1 変更前と変更後の書類を添付し、変更箇所にマーカー等でしるしを付けること。
- ※2 変更内容に応じて括弧内(事業者か事業)に○をすること。

(様式第9号)

第 年 月 日

兵庫県 様

住 所(主たる事務所の所在地)
団 体 名(法人名)
代 表 者 名(職・氏名)
電 話() - 番
電 子 メール

介護員養成研修事業変更届

年 月 日付け 第 号で指定または受理された(介護員養成研修事業者・介護員養成研修事業)について、下記のとおり変更するので届け出ます。

記

研修(事業者・事業)名			
(事業者・事業)指定番号			
課程・講義の方法	※該当する形式欄に○を記入	通学	通信
	生活援助従事者研修課程		
変更事項			
	変更前		
	変更後		
変更理由			
変更となる時期			

- ※1 変更前と変更後の書類を添付し、変更箇所にマーカー等でしるしを付けること。
- ※2 変更内容に応じて括弧内(事業者か事業)に○をすること。

(様式第10号)

第 年 月 日

兵庫県 様

所在地
介護員養成研修事業者名
代表者職・氏名



介護員養成研修事業実績報告書

年 月 日付け 第 号で指定を受けた介護員養成研修事業を下記のとおり実施しましたので、関係書類を添えて実績を報告します。

なお、受講者への修了証明書等は、事業実績報告受理通知書の後に交付します。

記

1 研修事業の内容

(1)研修事業・課程名	
(2)事業指定番号	【複数事業同時報告の場合の例】 様式第10号別紙1(2)のとおり
(3)研修事業の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
(4)研修事業の実施場所	
(5)研修日程、担当講師、実習先等	別紙「介護員養成研修出席状況確認表」のとおり
(6)受講者及び修了者	① 受講者 名 ② 修了者 名 (別紙「修了者名簿」のとおり) ③ 未修了者 名 (内訳: 辞退者 名、補講者 名)
(7)今回報告者	名
(8)修了年月日	年 月 日 ※修了証明書の交付予定年月日を記入のこと

2 添付書類

チェック欄	書類の名称
	(1)報告事業一覧(様式第10号別紙1) (※同時に複数の研修事業の実績報告を行う場合)
	(2)介護員養成研修修了者名簿(様式第10号別紙2-1) (※実績報告書受理通知書を受け取った後、様式第10号別紙2-2を電子媒体で提出すること。)
	(3)介護員養成研修出席状況確認表(様式第10号別紙3)
	(4)実習施設出席状況確認表(様式第10号別紙4)
	(5)重要事項説明書兼本人確認書(様式第10号別紙5) (※一般募集を行った場合)
	(6)実務経験(見込)証明書(様式第10号別紙6) (※一部科目を免除する場合)
	(7)補講実施状況報告書(様式第10号別紙7)

※1 添付している書類に○

※2 同時に複数の研修事業の実績報告を行う場合は、(2)~(7)を研修事業ごとにクリップ止めして(1)の通し番号の順に並べて提出すること。

※初任者研修は電子申請システムから入力

(様式第10号)

第 年 月 日

兵庫県 様

住所(主たる事務所の所在地)
団体名(法人名)
代表者名(職・氏名)
電話() - 番
電子メール

介護員養成研修事業実績報告書

年 月 日付け 第 号で受理された介護員養成研修事業を下記のとおり実施しましたので、関係書類を添えて実績を報告します。

記

1 研修事業の内容

(1)研修事業・課程名	
(2)事業指定番号	
(3)研修事業の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
(4)研修事業の実施場所	
(5)研修日程、担当講師、実習先等	研修事業指定届出書のとおり ※該当する方に○を記入 変更届(年 月 日付け)のとおり
(6)受講者及び修了者	① 受講者 名 ② 修了者 名 (別紙「修了者名簿」のとおり) ③ 未修了者 名 (内訳: 辞退者 名、補講者 名)
(7)今回報告者	名

2 添付書類

チェック欄	書類の名称
	(1)介護員養成研修修了者名簿(様式第10号別紙1) (※電子媒体でも提出すること。)
	(2)実習施設出席状況確認表(様式第10号別紙2)
	(3)出席状況確認書兼本人確認書類報告書(様式第10号別紙3)
	(4)実務経験(見込)証明書(様式第10号別紙4)
	(5)修了証明書等の写し
	(6)補講実施状況報告書(様式第10号別紙5)
	(7)理由書(様式任意)

※ 添付している書類に○

(様式第10号別紙1)

兵庫県介護員養成研修報告事業一覧

研修事業者名：〇〇株式会社

令和 年 月 日に報告する介護員養成研修について、研修事業名等の一覧は下記のとおりです。

報告件数： _____

通し 番号	(1)研修事業名	(2)事業指定番号	(3) 研修事業の実施期間	(4) 研修事業の実施場所	(8)受講者及び修了者				(7)今回報告数	(8)修了年月日
					①受講者	②修了者	③未修了者			
記 数 例	〇〇ケア 〇〇教室、介護職員 初任者研修 通信制10月コース	19100-1	令和〇年〇月〇日～ 令和〇年〇月〇日	〇〇教室	10名	9名	0名	1名	9名	令和〇年〇月〇日
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

※ 報告日が同じ複数の研修事業を同時に報告する際に、提出すること。

廃止

(様式第10号別紙2-1)

介護員養成研修事業修了者名簿

- (1) 課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- (2) 修了年月日 年 月 日 ※修了証明書の交付予定年月日を記入のこと
- (3) 事業者名 ※指定を受けた事業者名を記入のこと
- (4) 事業者指定番号
- (5) 事業指定番号
- (6) 代表者名

ツかけ 氏名	生年月日 (西暦)	性別	住 所 電 話	修了証明書 交付予定番号	受講者の 確認印
			〒 TEL		

※ 修了証明書の交付は、「事業実績報告書受理通知書」の日付以降とすること。

廃止

介護員養成研修出席状況確認表

年月日
兵庫県 様

所在地
介護員養成研修事業者名
代表者職・氏名
印

令和 年月日付 第 号で指定を受けた介護員養成研修事業(研修課程)について、下記のとおり出席を確認しました。

区分	実施日	時間	科目番号	講師名	受講者氏名/出席数																		
					参加時間のない受講者																		
講義・演習	○月×日	10:00-12:00	(1)-①	①兵庫県	3																		
	○月×日	13:00-17:00	(1)-②	①兵庫県	3																		
	...	...	(2)-①	①兵庫県	75																		
	○月×日	10:30-12:00	(2)-②	①兵庫県	15																		
	...	...	...	...	2																		
	...	...	...	...	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	-	-	-	-	2																		
	○月×日	10:00-12:00	(10)-②	①神戸市	2																		
小計					110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
実習	実施日	実習番号	実習先	出席数																			
	○月×日		①こうべ市	8																			
	○月×日		⑦定ほうご寮	4																			
小計					12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
講義・演習 + 実習					122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
修了評価(実施日:○月×日)					1																		
継続時間					8																		
合計					131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※1 受講者10名につき1枚作成すること。カリキュラム等によって1枚に収まらない場合は、複数枚になっても構わない。
 ※2 実習の種については、実習を行った場合のみ記入すること。
 ※3 科目番号は、「介護員養成研修課程カリキュラム表(様式1号別紙1)」から研修課程に応じて選択すること。
 ※4 講師名は、「相当講師一覧表(様式1号別紙2-1、2-2)」から研修課程に応じて選択すること。
 ※5 実習番号は、「要領14の(1)および(2)」の組み合わせから選択すること。
 ※6 実習先は、「実習先入居施設一覧表(様式1号別紙4)」から選択すること。
 ※7 継続時間については、「継続実施状況報告書(様式10号別紙7)」に内訳を記載すること。

様式第10号別紙3に一本化

(様式第10号別紙4)

年 月 日

研修事業者 様

受入施設(事業所)の所在地
受入施設(事業所)の名称
施設長(管理者)氏名



実習施設出席状況確認表

年 月 日付け 第 号で指定を受けた介護員養成研修事業について、下記のとおり出席を確認しました。

記

(1) 実習科目 1 介護実習 2 訪問介護事業同行訪問 3 在宅サービス提供現場見学

(2) 出席状況

実施日	受講者氏名					
(例)〇月×日	神戸花子					

※ 実習科目は、該当する科目番号に○を記入すること。

(様式第10号別紙2)

年 月 日

研修事業者 様

受入施設 住 所(施設、事業所の所在地)
施 設 名(施設、事業所名)
施 設 長 名(施設長、管理者氏名)
電 話 () - 番
電 子 メール

実習施設出席状況確認表

年 月 日付け 第 号で受理された介護員養成研修事業について、下記のとおり出席を確認しました。

記

(1) 実習科目 1 介護実習 2 訪問介護事業同行訪問 3 在宅サービス提供現場見学

(2) 出席状況

実施日	受講者氏名					
(例)〇月×日	神戸花子					

※ 実習科目は、該当する科目番号に○を記入すること。

(様式第10号別紙5)

重要事項説明書兼本人確認書

私は、今般の(研修の名称)に際し、介護員養成研修重要事項説明書を確認しました。

氏名 _____

印

上記の者に対して、研修に係る重要事項の説明と、受講者本人であることの確認を

- 1 戸籍謄本
- 2 戸籍抄本若しくは住民票
- 3 住民基本台帳カード
- 4 在留カード等
- 5 健康保険証
- 6 運転免許証
- 7 パスポート
- 8 年金手帳
- 9 運転免許以外の国家資格を有する者については、その免許証又は登録証
- 10 マイナンバーカード
- 11 その他、官公庁や特殊法人等が発行した身分証明書で写真付きのものにより行いました。

年 月 日

兵庫県 様

介護員養成研修事業者名
説明者職・氏名

印

※ 本人確認をした書類の番号に○を記入すること。

様式第10号別紙3に一本化

(様式第10号別紙3)

令和 年 月 日

兵庫県 様

出席状況確認書兼本人確認書類報告書

研修事業者名	
事業指定番号	
説明者名	
電話番号	

下記受講者に対して、別添5「介護員養成研修重要事項説明書」の説明と受講者本人であることの確認を行いました。

※確認後、口欄に☑をいれて提出すること

	氏名	本人確認書類	受講時間数 (修了評価を含む)	うち補講時間数
	(例) 辻 太郎	戸籍謄本	131	0
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※1 本人確認を行った原本若しくは写しは適切に保存すること。
ただし、マイナンバーカードについては提示のみであり、コピー・保管することはできません。
また、番号通知カードは本人確認書類として使用することはできません。

※2 補講を実施した者については、「補講状況実施報告書(様式第9号別紙5)」を提出すること。
また、補講が研修時間数の1割を超えた場合は、加えて「理由書(様式任意)」も提出すること。

(様式第10号別紙6)

年 月 日

研修事業者 様

施設又は事業所の名称
代表者職・氏名
電話番号
担当者氏名



実務経験(見込)証明書

下記の者は、以下のとおり実務経験を(有する・有する見込みである)ことを証明します。

フリガナ		
氏名		
施設又は事業所名		
所在地	(〒 -)	
業務従事期間・日数及び業務内容	業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 ヶ月)
	業務従事日数	日間
	業務内容	

- ※1 「介護等の実務経験」とは、介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲のものをいう。
- ※2 代表者とは、所属する(又はしていた)施設の長及び法人代表者をいう。
- ※3 代表者印を押印すること。(施設印、個人印は不可)
- ※4 氏名欄については、証明を受けようとする者の氏名を記載すること。
- ※5 施設又は事業所名欄は、証明を受けようとする者が所属する(又はしていた)施設名等を記入すること。
- ※6 業務従事期間・日数欄には、証明を受けようとする者が免除要件に該当する業務として要介護者等に対する直接的な援助を行っていた期間のうち、本来業務として従事した期間を記入すること。

(様式第10号別紙4)

年 月 日

研修事業者 様

施設又は事業所の名称
代表者職・氏名
電話番号
担当者氏名



実務経験(見込)証明書

下記の者は、以下のとおり実務経験を(有する・有する見込みである)ことを証明します。

フリガナ		
氏名		
施設又は事業所名		
所在地	(〒 -)	
業務従事期間・日数及び業務内容	業務従事期間	年 月 日から 年 月 日まで (年 ヶ月)
	業務従事日数	日間
	業務内容	

- ※1 「介護等の実務経験」とは、介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲のものをいう。
- ※2 代表者とは、所属する(又はしていた)施設の長及び法人代表者をいう。
- ※3 代表者印を押印すること。(施設印、個人印は不可)
- ※4 氏名欄については、証明を受けようとする者の氏名を記載すること。
- ※5 施設又は事業所名欄は、証明を受けようとする者が所属する(又はしていた)施設名等を記入すること。
- ※6 業務従事期間・日数欄には、証明を受けようとする者が免除要件に該当する業務として要介護者等に対する直接的な援助を行っていた期間のうち、本来業務として従事した期間を記入すること。

(様式第10号別紙7)

補講実施状況報告書

補講受講者名： (例)神戸花子				
No.	実施日	時間数	補講科目番号	補講講師名 印
実施方法			欠席理由	
1	○月×日	4時間	(4)-①	①神戸次郎 印
当事業者が実施している他の研修事業で同一科目を受講した。			仕事の都合により欠席	
2	○月×日	4時間	(5)-①	①神戸次郎 印
当事業者が実施している他の研修事業で同一科目を受講した。			体調不良により欠席	
3				印
4				印
5				印
6				印
7				印
8				印
9				印
10				印
合計		8時間		

- ※1 実施方法については、具体的に記入すること。
- ※2 科目番号は、「介護員養成研修課程カリキュラム表(様式1号別紙1-1、または様式第1号別紙1-2)」から研修課程に応じて選択すること。
- ※3 補講講師名は、「担当講師一覧表(様式1号別紙2-1、または様式第1号別紙2-2)」から研修課程に応じて選択すること。

※初任者研修は電子申請システムから様式をダウンロード

(様式第10号別紙5)

補講実施状況報告書 (生活援助従事者研修)

補講受講者名： (例)神戸花子				
No.	実施日	時間数	補講科目番号	補講講師名
実施方法			欠席理由	
1	○月×日	4時間	(4)-①	①神戸次郎
当事業者が実施している他の研修事業で同一科目を受講した。			仕事の都合により欠席	
2	○月×日	4時間	(5)-①	①神戸次郎
当事業者が実施している他の研修事業で同一科目を受講した。			体調不良により欠席	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
合計		8時間		

- ※1 実施方法については、具体的に記入すること。
- ※2 科目番号は、「介護員養成研修課程カリキュラム表(様式第1号別紙1-2)」から選択すること。
- ※3 補講講師名は、「担当講師一覧表(様式第1号別紙2-2)」から選択すること。

※初任者研修は電子申請システムから自動送信

(様式第11号)

第 年 月 日

様

兵庫県

事業実績報告書受理通知書

年 月 日付け 第 号で報告のあった下記の介護員養成研修事業について実績報告書を受理したので通知します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 5 実施場所
- 6 研修修了者数
- 7 修了証明書交付番号
- 8 注意事項

修了者への修了証明書等の交付は、当事業実績報告書受理通知書を受けた後に行うこと。

(様式第11号)

第 年 月 日

様

兵庫県

事業実績報告書受理通知書

年 月 日付け 第 号で報告のあった下記の介護員養成研修事業について実績報告書を受理したので通知します。

記

- 1 研修課程 **生活援助従事者研修課程**
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 5 実施場所
- 6 研修修了者数
- 7 修了証明書交付番号

(様式第12号)

第 年 月 日

様

兵庫県

事業実績報告書補正指示書

年 月 日付け 第 号で報告のあった介護員養成研修事業について、下記のとおり補正を指示します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 5 実施場所
- 6 補正指示事項

(様式第12号)

第 年 月 日

様

兵庫県

事業実績報告書補正指示書

年 月 日付け 第 号で報告のあった介護員養成研修事業について、下記のとおり補正を指示します。

記

- 1 研修課程 ※ 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程 の研修課程を記載
- 2 研修事業名
- 3 事業指定番号
- 4 実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日
- 5 実施場所
- 6 補正指示事項