（様式第１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 　印

介護員養成研修事業者指定申請書

 介護員養成研修事業者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　指定申請する事業者の内容

|  |  |
| --- | --- |
| (1)研修事業を実施する県内の事業所所在地 | 〒 |
| (2)研修課程及び形式 | ※申請する研修課程・形式欄に○を記入 | 通学 | 通信 |
| 介護職員初任者研修 |  |  |
| 生活援助従事者研修 |  |  |
| (3)研修事務担当者 | 氏名：電話：ﾌｧｯｸｽ：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| (4)情報開示を行うホームページのアドレス | http://　　　　　　　　　　　 ※申請者が所有するホームページのアドレス |
| (5)申請年度の初回の募集予定等 | 介護職員初任者研修 | 募集開始予定 | 年　　月　　日※ | ※一番早い募集開始予定日の２ヶ月前までに申請 |
| 研修開始予定 | 年　　月　　日　 |
| 生活援助従事者研修 | 募集予定 | 年　　月　　日※ |
| 研修開始予定 | 年　　月　　日　 |

２　添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 書　類　の　名　称 |
|  | (1)定款、寄附行為その他規約 |
|  | (2)申請者の資産状況・収支決算書（貸借対照表、損益計算書等直近２年間のもの） |
|  | (3)収支予算及び向こう２年間の財政計画 |
|  | (4)登記簿（※申請者が法人の場合） |
|  | (5)県内の会議室等を借りて実施することが確認できる書類（※申請者が県外に主たる事業所を有する場合） |
|  | (6)学則等 |
|  | (7)介護職員初任者研修課程カリキュラム表（様式第１号別紙１） |
|  | (8)担当講師一覧表（様式第１号別紙２） |
|  | (9)講師履歴書兼誓約書（様式第１号別紙３） |
|  | (10)実習受入施設等一覧表（様式第１号別紙４）（※実習を行う場合） |
|  | (11)介護員養成研修事業実習受入承諾書（様式第１号別紙５）（※実習を行う場合） |
|  | (12)誓約書（様式第１号別紙６） |
|  | (13)修了評価の問題及び解答（※要領15(２)関係） |
|  | (14)介護技術の習得を評価する方法を明示した書類（※要領15(２)関係） |
|  | (15)添削指導及び面接指導の指導方法を明示した書類（※通信を行う場合） |
|  | (16)添削指導に関する問題形式一覧（様式第１号別紙７）（※通信を行う場合） |
|  | (17)演習・実習使用備品一覧表 |
|  | (18)「研修期間が公表するべき情報の内訳」チェックリスト（様式第１号別紙８）（※一般募集を行う場合） |

※　添付している書類に○

（注）神戸市内所在の申請者にあっては、兵庫県知事宛とする。神戸市外所在の申請者にあっては、所在地を所管する県民局長又は県民センター長宛とする。以下同様。

（様式第１号別紙１―１）

 介護職員養成研修課程カリキュラム表（介護職員初任者研修課程）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科(科目)名 | 内 　　容 | 実施計画 | 科目番号 |
| (1)職務の理解（６時間） | ①多様なサービスの理解 |  | (1)－① |
| ②介護職の仕事内容や働く現場の理解 |  | (1)－② |
| (2)介護における尊厳の保持・自立支援（９時間） | ①人権と尊厳を支える介護 |  | (2)－① |
| ②自立に向けた介護 |  | (2)－② |
| (3)介護の基本（６時間） | ①介護職の役割、専門性と多職種との連携 |  | (3)－① |
| ②介護職の職業倫理 |  | (3)－② |
| ③介護における安全の確保とリスクマネジメント |  | (3)－③ |
| ④介護職の安全 |  | (3)－④ |
| (4)介護・福祉サービスの理解と医療との連携（９時間） | ①介護保険制度 |  | (4)－① |
| ②医療との連携とリハビリテーション |  | (4)－② |
| ③障害者福祉制度およびその他制度 |  | (4)－③ |
| (5)介護におけるコミュニケーション技術　（６時間） | ①介護におけるコミュニケーション |  | (5)－① |
| ②介護におけるチームのコミュニケーション |  | (5)－② |
| (6)老化の理解（６時間） | ①老化に伴うこころとからだの変化と日常 |  | (6)－① |
| ②高齢者と健康 |  | (6)－② |
| (7)認知症の理解（６時間） | ①認知症を取り巻く状況 |  | (7)－① |
| ②医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理 |  | (7)－② |
| ③認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活 |  | (7)－③ |
| ④家族への支援 |  | (7)－④ |
| (8)障害の理解　（３時間） | ①障害の基礎的理解 |  | (8)－① |
| ②障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識 |  | (8)－② |
| ③家族の心理、かかわり支援の理解 |  | (8)－③ |
| (9)こころとからだのしくみと生活支援技術（75時間） | 【ア　基本知識の学習（10～13時間）】 |
| ①介護の基本的な考え方 |  | (9)－① |
| ②介護に関するこころのしくみの基礎的理解 |  | (9)－② |
| ③介護に関するからだのしくみの基礎的理解 |  | (9)－③ |
| 【イ　生活支援技術の講義・演習（50～55時間）】 |
| ④生活と家事 |  | (9)－④ |
| ⑤快適な居住環境整備と介護 |  | (9)－⑤ |
| ⑥整容に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑥ |
| ⑦移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑦ |
| ⑧食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑧ |
| ⑨入浴、清潔保持に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑨ |
| ⑩排泄に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑩ |
| ⑪睡眠に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (9)－⑪ |
| ⑫死にゆく人に関連したこころとからだのしくみと終末期介護 |  | (9)－⑫ |
| 【ウ　生活支援技術演習（10～12時間）】 |
| ⑬介護過程の基礎的理解 |  | (9)－⑬ |
| ⑭総合生活支援技術演習 |  | (9)－⑭ |
| (10)振り返り（４時間） | ①振り返り |  | (10)－① |
| ②就業への備えと研修修了後における継続的な研修 |  | (10)－② |

※１　実施計画欄に、申請者が実施する研修内容を記載すること。

※２　実習を実施するにあたっては、本要綱「14　実習」の内容に留意すること。

（様式第１号別紙１―２）

介護職員養成研修課程カリキュラム表（生活援助従事者研修）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科(科目)名 | 内 　　容 | 実施計画 | 科目番号 |
| (1)職務の理解（２時間） | ①多様なサービスの理解 |  | (1)－① |
| ②介護職の仕事内容や働く現場の理解 |  | (1)－② |
| (2)介護における尊厳の保持・自立支援（６時間） | ①人権と尊厳を支える介護 |  | (2)－① |
| ②自立に向けた介護 |  | (2)－② |
| (3)介護の基本（４時間） | ①介護職の役割、専門性と多職種との連携 |  | (3)－① |
| ②介護職の職業倫理 |  | (3)－② |
| ③介護における安全の確保とリスクマネジメント |  | (3)－③ |
| ④介護職の安全 |  | (3)－④ |
| (4)介護・福祉サービスの理解と医療との連携（３時間） | ①介護保険制度 |  | (4)－① |
| ②医療との連携とリハビリテーション |  | (4)－② |
| ③障害福祉制度およびその他制度 |  | (4)－③ |
| (5)介護におけるコミュニケーション技術　（６時間） | ①介護におけるコミュニケーション |  | (5)－① |
| ②介護におけるチームのコミュニケーション |  | (5)－② |
| (6)老化と認知症の理解（９時間） | ①老化に伴うこころとからだの変化と日常 |  | (6)－① |
| ②高齢者と健康 |  | (6)－② |
| ③認知症を取り巻く状況 |  | (6)－③ |
| ④医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理 |  | (6)－④ |
| ⑤認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活 |  | (6)－⑤ |
| ⑥家族への支援 |  | (6)－⑥ |
| (7)障害の理解（３時間） | 1. 障害の基礎的理解
 |  | (7)－① |
| ②障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識 |  | (7)－② |
| ③家族の心理、かかわり支援の理解 |  | (7)－③ |
| (8)こころとからだのしくみと生活支援技術（24時間） | 【ア　基本知識の学習（7.5時間）】 |
| ①介護の基本的な考え方 |  | (8)－① |
| ②介護に関するこころのしくみの基礎的理解 |  | (8)－② |
| ③介護に関するからだのしくみの基礎的理解 |  | (8)－③ |
| 【イ　生活支援技術の講義・演習（14.5時間）】 |
| ④生活と家事 |  | (8)－④ |
| ⑤快適な居住環境整備と介護 |  | (8)－⑤ |
| ⑥移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (8)－⑥ |
| ⑦食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (8)－⑦ |
| ⑧睡眠に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護 |  | (8)－⑧ |
| ⑨死にゆく人に関連したこころとからだのしくみと終末期介護 |  | (8)－⑨ |
| 【ウ　生活支援技術演習（2時間）】 |
| ⑩介護過程の基礎的理解 |  | (8)－⑩ |
| (9)振り返り（２時間） | ①振り返り |  | (9)－① |
| ②就業への備えと研修修了後における継続的な研修 |  | (9)－② |

※１　実施計画欄に、申請者が実施する研修内容を記載すること。

※２　実習を実施するにあたっては、本要綱「14　実習」の内容に留意すること。

（様式第１号別紙２―１）

担当講師一覧表（介護職員初任者研修課程）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 講師氏名 | 科目番号 | 資格(取得年月日) | 修了評価担当の有無 |
| 略歴(経験年数) |
| 現在の職業(経験年数) |
| ① | (例)兵庫　太郎 | (1)－全科目(2)－全科目(9)－①②③⑬⑭ | 介護福祉士(H14/3)社会福祉士(H24/3) | 無 |
| 児童養護施設・相談員（1年）指定通所介護・介護職員（8年5ヶ月）重度訪問介護・訪問介護員（8年3ヶ月） |
| 介護老人福祉施設　勤務・介護職員(8年) |
| ② |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ③ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ④ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑤ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑥ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑦ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑧ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑨ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑩ |  |  |  |  |
|  |
|  |

※１　講師は、申請日現在に要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）

※２　科目番号は、「介護職員初任者研修課程カリキュラム表（介護職員初任者研修課程）（様式１号別紙１－１）」から選択すること。

（様式第１号別紙２―２）

担当講師一覧表（生活援助従事者研修課程）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 講師氏名 | 科目番号 | 資格(取得年月日) | 修了評価担当の有無 |
| 略歴(経験年数) |
| 現在の職業(経験年数) |
| ① | (例)兵庫　太郎 | (1)－全科目(2)－全科目(8)－①②③⑩ | 介護福祉士(H14/3)社会福祉士(H24/3) | 無 |
| 児童養護施設・相談員（1年）指定通所介護・介護職員（8年5ヶ月）重度訪問介護・訪問介護員（8年3ヶ月） |
| 介護老人福祉施設　勤務・介護職員(8年) |
| ② |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ③ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ④ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑤ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑥ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑦ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑧ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑨ |  |  |  |  |
|  |
|  |
| ⑩ |  |  |  |  |
|  |
|  |

※１　講師は、申請日現在に要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）

※２　科目番号は、「介護職員初任者研修課程カリキュラム表（生活援助従事者研修）（様式１号別紙１－２）」から選択すること。

（表面）

（様式第１号別紙３―１）

介護職員初任者研修課程

講師履歴書兼誓約書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな講　師　名 | ひょうご　たろう(例)兵庫　太郎 | 生 年 月 日 | 昭和○○年○月○日 | 専任･兼任の別 | 兼任 |
| 自宅住所・電話番号 | ○○市○○町○－○ TEL○○○－○○○－○○○○ |
| 勤務先住所・電話番号 | ○○市○○町○－○ TEL○○○－○○○－○○○○ |
| 科目番号 | 担当科目名 |
| (1)－全科目 | 職務の理解 |
| (2)－全科目 | 介護における尊厳の保持・自立支援 |
| (9)－①②③⑬⑭ | こころとからだのしくみと生活支援技術 |
|  |  |
|  |  |
| 最　終学　歴 | 修了年月日 | 卒業学校名 | 学部(課程)等 |
| 平成○○年○月○日 | ○○大学 | ○○学科 |
| 職　歴 | 期間(従事年月日) | 勤　務　先 | 職　種 |
| 平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～現在 | 児童養護施設○○園指定通所介護○○ｾﾝﾀｰ重度訪問介護○○ｽﾃｰｼｮﾝ介護老人福祉施設○○荘 | 相談員介護職員訪問介護員介護職員 |
| 講師要件に係る資格名 | 取得年月日 | 取得番号等 |
| 介護福祉士社会福祉士 | 平成14年3月1日平成24年3月15日 | 第○○○○号第○○○○号 |
| 特　記事　項 |  |

教員であることによって担当科目の講師とする場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | 当該学校での担当科目 | 常勤・非常勤 | 担当年度 |
|  |  |  |  |

※１　講師は、事業者指定申請日現在に要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）

※２　科目番号及び担当科目名は、「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）」から選択すること。

※３　担当科目の講師要件に係るもの以外の項目については、未記入でも差し支えない。

(裏面)

 　下記の事項について相違ないことを証明します。

 　　　年　月　日　　　(講師氏名：自筆のこと) 印

記

１　経歴について相違ないこと。

２　「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」を熟読の上、担当科目の講師資格要件を承知していること。

３　当該研修において担当する科目の内容を含む教科を担当していること。

（表面）

（様式第１号別紙３―２）

生活援助従事者研修課程

講師履歴書兼誓約書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな講　師　名 | ひょうご　たろう(例)兵庫　太郎 | 生 年 月 日 | 昭和○○年○月○日 | 専任･兼任の別 | 兼任 |
| 自宅住所・電話番号 | ○○市○○町○－○ TEL○○○－○○○－○○○○ |
| 勤務先住所・電話番号 | ○○市○○町○－○ TEL○○○－○○○－○○○○ |
| 科目番号 | 担当科目名 |
| (1)－全科目 | 職務の理解 |
| (2)－全科目 | 介護における尊厳の保持・自立支援 |
| (8)－①②③⑩ | こころとからだのしくみと生活支援技術 |
|  |  |
|  |  |
| 最　終学　歴 | 修了年月日 | 卒業学校名 | 学部(課程)等 |
| 平成○○年○月○日 | ○○大学 | ○○学科 |
| 職　歴 | 期間(従事年月日) | 勤　務　先 | 職　種 |
| 平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～平成○○年○月○日平成○○年○月○日～現在 | 児童養護施設○○園指定通所介護○○ｾﾝﾀｰ重度訪問介護○○ｽﾃｰｼｮﾝ介護老人福祉施設○○荘 | 相談員介護職員訪問介護員介護職員 |
| 講師要件に係る資格名 | 取得年月日 | 取得番号等 |
| 介護福祉士社会福祉士 | 平成14年3月1日平成24年3月15日 | 第○○○○号第○○○○号 |
| 特　記事　項 |  |

教員であることによって担当科目の講師とする場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　名 | 当該学校での担当科目 | 常勤・非常勤 | 担当年度 |
|  |  |  |  |

※１　講師は、事業者指定申請日現在に要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）

※２　科目番号及び担当科目名は、「生活援助従事者研修課程カリキュラム表（様式１号別紙１－２）」から選択すること。

※３　担当科目の講師要件に係るもの以外の項目については、未記入でも差し支えない。

(裏面)

 　下記の事項について相違ないことを証明します。

 　　　年　月　日　　　(講師氏名：自筆のこと) 印

記

１　経歴について相違ないこと。

２　「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」を熟読の上、担当科目の講師資格要件を承知していること。

３　当該研修において担当する科目の内容を含む教科を担当していること。

（様式第１号別紙４）

実習受入施設一覧表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 運営主体(法人名) | 施設・事業種別 | 施設・事業所名 | 所在地 | 実習科目 |
| ① | (例)社会福祉法人○○会 | 介護老人福祉施設 | 特別養護老人ホーム こうべ荘 | ○○市○○１－１ | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  | 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 |

※　実習科目欄は、該当する科目番号に○を記入すること。

（様式第１号別紙５）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**県提出用**

　　　　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　　　 　　 印

介護員養成研修事業実習受入承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護職員初任者研修課程

　先に依頼のありました標記研修事業　　　　　　　　　　　　　　　　に係る実習を、

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生活援助従事者研修課程

下記のとおり承諾します。

※　受け入れる研修課程を記載

記

|  |  |
| --- | --- |
| (1)実習科目(※該当する番号のいずれかに○) | 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)事業所番号 |  |
| (3)施設・事業種別 |  |
| (4)実習指導責任者名、役職、資格等及び介護・看護・相談業務の実務経験 | 実習指導責任者名： |
| 役職： |
| 資格等： 　　　　　　　　　　　（取得年月日：　　年　　月　　日） |
| 実務経験：　　年　　ヶ月 |
| (5)実習受け入れ予定期間 | 　年　月　日　～　 |

※１　実習科目を行う事業所毎に作成すること。

※２　県提出用と事業者控え用の２部作成し、事業者指定申請時には県提出用のみ提出すること。事業者控え用には「県提出用」の標記のないものを使用すること。

※３　実習指導責任者は、事業者指定申請日現在に要件を満たす者とする。（ただし、次年度の事業者指定の申請又は変更を行う場合は、次年度の４月１日時点とすること。）

※４　(3)施設・事業種別は、要領別添２の受入機関より選択すること。

（様式第１号別紙６）

誓　約　書

　年　月　日

　兵庫県　　　　　　　　　　　様

住所

 介護員養成研修事業者名

 代表者職・氏名　　　　　　　　　印

私は、介護員養成研修事業を実施するにあたり、下記のとおり誓約します。

記

１　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、質の高い研修事業を実施します。

２　指定者が必要と認めるときは、要領19（１）アによる事務所及び研修実施場所の実地調査について全面的に協力します。

３　受講者に対する修了証明書等については、指定者からの実績報告書受理通知の後、　交付します。

４　暴力団排除条例（平成22年兵庫県条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力するため、併せて以下のとおり誓約するとともに、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

（１）条例第２条第１号に規定する暴力団又は同条第３号に規定する暴力団員に該当しないこと。

（２）暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第２号）第２条各号に掲げる者に該当しないこと。

（３）指定者が、上記（１）及び（２）を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の介護員養成研修事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、兵庫県知事又は兵庫県各県民局及び県民センター長に提供することについて、異議を述べないこと。

（様式第１号別紙７）

添削指導に関する問題形式一覧

（　介護職員初任者研修課程　・　生活援助従事者研修課程　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目番号 | 問題番号 | 問題の形式 |
| 穴埋め | 正誤 | 選択 | 記述 | その他 |
| (例)(2)-① | №１～№４ |  |  | ○ | ○ |  |
| (3)－① | №５～№７ | ○ |  |  | ○ |  |
| (4)－② | №８～№10 |  | ○ |  | ○ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※１　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）」「生活援助従事者研修課程カリキュラム表（様式１号別紙１－２）」から各研修課程に応じて選択すること。

※２　問題番号の欄には、問題集（課題）の問題番号を記入すること。

※３　問題形式の欄には、該当する欄に○を記入すること。

※４　要領13(3)に規定するとおり、１科目につき３問以上の設問（選択式、記述式等）を設け、このうち最低１問は記述式（穴埋め形式は除く）とする。

　　　なお、１科目につき３問以上とは、科目番号ごとに３問以上を指す。

※５　記述問題は、全問題の合計字数を８００～１２００字程度で、解答させるものとする。

※６　通信教育による指導の他に、通学による面接指導（スクーリング）を実施すること。

（様式第１号別紙８）

「研修機関が公表すべき情報の内訳」チェックリスト

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 情報の種類 | 公表の有無 | 内　　　　容 |
| 研修機関情報 | 法人情報☆ | □□□□□□□□ | ●　法人格・法人名称・住所等●　代表者名、研修事業担当理事・取締役名△　理事等の構成、組織、職員数等△　教育事業を実施している場合・事業概要△　研究活動を実施している場合・概要△　介護保険事業を実施している場合・事業概要△　その他の事業概要△　法人財務情報 |
| 研修機関情報☆ | □□□□□□□□ | ●　事業所名称・住所等●　理念（学則に定める開講の目的）●　学則●　研修施設、設備△　沿革△　事業所の組織、職員数等△　併設して介護保険事業を実施している場合・事業概要△　財務セグメント情報 |
| 研修事業情報 | 研修の概要☆ | □□□□□□□ | ●　研修課程●　対象●　研修のスケジュール（期間、日程、時間数）●　定員、指導者数　●　研修受講までの流れ（募集、申し込み）●　費用●　留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等 |
| 課程責任者 | □□ | ●　課程編成責任者名　△　課程編成責任者の略歴、資格 |
| 研修カリキュラム☆ | □□□ | ●　科目別シラバス●　科目別担当講師名* 科目別特徴（演習の場合は、実技内容・備品、指導体制）
 |
|  | 通信を行う場合 | □□ | ●　科目別通信・事前・事後学習とする内容及び時間●　通信課程の教材・指導体制・指導方法・課題 |
| 実習を行う場合 | □□□□□□□ | ●　協力実習機関の名称・住所等●　協力実習機関の介護保険事業の概要●　協力実習機関の実習担当者名●　実習プログラム内容、プログラムの特色● 実習中の指導体制・内容（振り返り、実習指導等）△　実習担当者の略歴、資格、メッセージ等●　協力実習機関における延べ実習実施回数 |
| 修了評価 | □ | ●　修了評価の方法、評価者、再履修等の基準 |
| 講師情報 | □□□□ | ●　名前●　略歴、現職、資格△　受講者向けメッセージ等△　受講者満足度調査の結果等 |
| 実績情報 | □□□□□ | ●　過去の研修実施回数（年度ごと）●　過去の研修延べ参加人数（年度ごと）△　卒業率・再履修率△　卒後の就業状況（就職率／就業分野）△卒後の相談・支援 |
| 連絡先 | □□□ | ●　申し込み・資料請求先●　法人の苦情対応者名・役職・連絡先●　事業所の苦情対応者名・役職・連絡先 |
| 質を向上させるための取り組み | □□□□□ | △　自己評価活動、相互評価活動△　実習の質の向上のための取り組み、研修機関と実習機関との連携△　研修活動、研究活動△　研修生満足度調査情報（アンケート、研修生の声など）△　事業所満足度調査情報（アンケート、事業所の声など） |

【留意事項】

・公表する情報にチェックを入れ、申請者自らが確認すること。

・必須項目の開示が認められない場合は、指定申請時は「不指定」、指定取得後は「指定取消」となる場合があるので注意すること。

・内容欄のマークは、●：必須、△：可能な限り公表、☆：他のページにリンクで対応可とする。

・インターネット上のホームページにより情報を公開すること。

・サーバーは、法人ごとの事業所ごとに自ら確保すること。

・研修機関のアドレスは、兵庫県のホームページで公開する。

・ページの基本構造（ストラクチャ）は変更しない。

（様式第２号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　年　　月　　日

様

 　　　　 兵庫県

介護員養成研修事業者指定通知書

 　　　年　月　日付け　第　　号で申請のありました介護員養成研修事業者指定申請について、下記のとおり指定しますので通知します。

記

１　研修の名称

２　指定年月日　　　　　　　年　　月　　日

３　事業者名

４　事業者指定番号

（様式第３号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　年　　月　　日

様

 　　　　 　 兵庫県

介護員養成研修事業者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介護員養成研修事業者指定申請については、下記のとおり申請を却下しますので通知します。

記

１　研修の名称

２　申請却下理由

（様式第４号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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

介護員養成研修事業廃止届

 　　　年　月　日付け　第　　　号で指定を受けた介護員養成研修事業者としての事業を下記のとおり廃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　事業者指定番号

４　廃止時期　　　　　　年　月　日

５　廃止理由

６　事業担当者連絡先　担当者（部署）

（氏名）

電話

ＦＡＸ

メール

（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 　印

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○○○○（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 | 　※通信・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 | ○○○○教室（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　）【複数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（要綱別紙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。

**※□に✓が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。**

２　添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 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〇

（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）：　○

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。）

（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　　　　　　　　　印

 （協力事業者）

○○○○○

 　代表者職・氏名　　　　　　　　　印

 協力事業者○○○○は、研修事業者○○○○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○○○○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○○○○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裏面に印刷することでまとめて保証することが可能。

（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の上限額 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

（様式第６号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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８号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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

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。）

（様式第９号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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

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１０号）

 　 　　　第　　　　　 　 号

 　　　　　　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

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。

（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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏 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。

（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　 　 　　 印

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)○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７）

補講実施状況報告書

|  |
| --- |
| 補講受講者名：　(例)神戸花子 |
| № | 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 | ⑦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 | ⑦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。

（様式第１１号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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１２号）

 　 　第　　　　　 　 号

 　　　　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