

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定申請書

発 番
年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実施要綱に基づく、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱5により、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業者の指定を受けたいので、下記により必要書類を添付して申請します。

記

- 1 研修名
- 2 研修の目的
- 3 研修の実施場所 講義
演習
- 4 研修期間 年 月 日～ 年 月 日
- 5 募集開始年月日 年 月 日
- 6 研修定員 名
- 7 研修テキスト等
- 8 研修責任(担当)者
- 9 添付書類(裏面)

9 添付書類

- ① 学則
- ② 研修計画（別紙1）
- ③ 事業者概要
- ④ 組織図
- ⑤ 誓約書及び役員名簿
- ⑥ 事業者規約（定款等）
- ⑦ 法人の登記事項証明書
- ⑧ 資産の状況（申請者の予算書、決算書）
- ⑨ 講師履歴書（別紙2）及び講師就任承諾書（別紙3）
- ⑩ 資格証の写し
- ⑪ 研修会場設置者承諾書（別紙4）
- ⑫ 研修会場見取図（別紙5）
- ⑬ 収支予算及び向こう2年間の研修計画・財政計画（別紙6）
- ⑭ 修了証明書及び携帯用修了証明書
- ⑮ 募集広告、受講案内及びパンフレット等の案文その他知事が求める書類等

研 修 計 画

(第 回 年 月 日～ 年 月 日)

1 講 義 (時間)

科目名	内容	講師名等	時間数	備 考
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		

2 演 習 (時間)

科目名	内容	講師名等	時間数	備 考
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		
月 日 () :00～ :00		(所属) (氏名)		

※ 計画する研修における科目名が福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実施要綱の科目名と異なる場合には、備考欄に、対応する県の科目名を記入すること。

※ 研修会場の場所を備考欄に記入すること。

講 師 履 歷 書

		生年月日	M/T/S/H 年 月 日
担当科目	(専・兼)	住所	
最 終 学 歴			
年 月			
年 月			
主な職歴（保健・医療・福祉に関するものを記載すること。）			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
資格・免許（保健・医療・福祉に関するものを記載すること）			
種 類			
取得年月日	年 月	年 月	年 月

※ 担当科目欄には、科目名を記入するとともに、強度行動障がい支援者養成研修の講師以外の職業にも就いている場合及び養成研修以外の講座等の講師もしている場合に「兼」、それ以外は「専」を「○」で囲むこと。

※ 講師が当該団体に所属していない場合は、当該講師の所属機関が発する派遣承諾書を添付すること（当該承諾書には、派遣の日時を明記すること。）。

講師就任承諾書

年 月 日

研修事業実施者様

所属又は住所

氏名

(自署又は記名押印)

福岡県強度行動障がい支援者養成研修における下記科目の講師について、就任することを承諾します。

記

担当科目

(内部講師は省略可とする。)

別紙4

研 修 会 場 設 置 者 承 諾 書

様

福岡県強度行動障がい支援者養成研修について、下記のとおり施設を利用することを承諾いたします。

年 月 日

所在地

施設の名称

設置者氏名

(自署又は記名押印)

法人にあつては名称及び

代表者氏名

施 設 利 用 計 画 書

年月日	時 間	研修人数	備 考
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	
年 月 日	:00～ :00	名	

※ 当該研修事業者が所有している施設で行う場合は省略可。

別紙5 研修会場見取図

名称		住所	
研修人数		名	見取図
会場配備の介護器具等			

収支予算及び向こう2年間の研修計画・財政計画

1 収支予算

収 支	金 額(円)	算 出 内 訳	備 考
収 入			
受講料	○ ○	〇〇×〇〇人×〇か所×〇期	
支 出			
テキスト代	○ ○	〇〇×〇〇人×〇か所×〇期	
講師謝金	○ ○	〇〇×〇〇時間×〇か所×〇期	
会場使用料	○ ○	〇〇×〇か所×〇期	
演習器具以外料	○ ○	〇〇×〇か所×〇期	

※ 上記内容は、記入例である。

2 向こう2年間の研修計画・財政計画

(1) ○○年度

研修実施方針，体制，受講生の見込み，収支見込み等を踏まえながら記入すること。

(2) ○○年度

障第 号

所在地

事業者名

代表者名

殿

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定通知書

年 月 日付けであった福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業に係る指定申請については、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実施要綱6(3)に基づき、指定します。

年 月 日

福岡県知事

別記第2号の2様式

障第 号
年 月 日

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県知事

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業不指定通知書

年 月 日付けであった福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業に係る指定申請については、下記の理由により指定しないこととしたので福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱6（3）に基づき通知します。

記

別記第3号様式

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実施計画書

年 月 日

福岡県知事 様

申請者 住 所
名 称
代表者名

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱7（1）の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業者番号		
研修の名称		
研修課程		
講義方法		
実施予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
募集予定人数	人	
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	
参 考	居宅介護従業者養成研修事業の同時開催の有 無	有 ・ 無

(添付書類)

- ①学則（様式第3号の2）
- ②研修日程表（様式第3号の3）
- ③講師一覧表（様式第3号の4）
- ④演習実施計画（様式第3号の5）
- ⑤演習室の見取図
- ⑥修了証明書及び携帯用修了証明書

- 1 開講目的
- 2 事業者の名称及び所在地
- 3 研修課程及び講義の形式
- 4 研修の名称
- 5 実施場所
 - ・講義
 - ・演習
 - ・実習
- 6 研修期間及び研修日程
年 月 日 ～ 年 月 日
- 7 研修カリキュラム
- 8 使用テキスト
- 9 講師氏名
- 10 研修修了の認定方法
- 11 研修欠席者の取扱い
- 12 受講の取消し
- 13 修了証明書の交付
- 14 募集時期及び開講時期
年 回（ 月（募集時期 ）， 月（募集時期 ））
- 15 受講資格及び受講定員
- 16 受講手続
- 17 受講料，実習費等
- 18 研修事業担当部署（問い合わせ先）

※ この他に事業者として必要と認められる項目について記載すること。

研修日程表

日時	時間	時間数	科目名	講師 (アシスタント)	会場
○月○日 (○)	: ~ :				

※「時間」欄には休憩時間を含めて記載し、「時間数」欄には休憩時間を含めないこと。

講師一覧表

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業者名

氏名	担当教科	資格・職歴等	専任又は 兼任の別
		(記入例1) ・〇〇看護専門学校卒(〇〇年) ・看護師資格(〇〇年〇月取得) ・〇〇診療所(〇〇年〇月～〇〇年〇月) 〇〇病院(〇〇年〇月～現在)	
		(記入例2) ・〇〇大学福祉学科卒(〇〇年) ・介護福祉士資格(〇〇年〇月取得) 介護支援専門員(〇〇年〇月取得) ・〇〇身体障害者更生施設(介護職) (〇〇年〇月～〇〇年〇月) ・〇〇在宅介護支援センター職員 (〇〇年〇月～現在)	
		(記入例3) ・〇〇大学〇〇学科卒(〇〇年) ・管理栄養士資格(〇〇年〇月取得) ・〇〇病院(〇〇年〇月～〇〇年〇月) 〇〇福祉専門学校講師(〇〇年～現在)	

※「資格・職歴等」欄には、記入例を参考に、担当教科の講師として要件を満たしている状況を記載すること。

演習実施計画

1 演習施設の概要

演習施設の名称	所在地	面積 (㎡)	演習可能人数

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) ベッド	5		
車イス	5		
ポータブルトイレ	5		
簡易浴槽	5		
テーブル	10		
イス	10		
○ ○	○		
○ ○	○		
紙オムツ	20		
タオル	30		
洗面器	10		
歯ブラシ	30		
ドライヤー	10		
食器	10		
枕	5		
シーツ	5		
○ ○	○		
○ ○	○		

※ 演習室にベッド、車イス、ポータブルトイレ及び浴槽を設置した見取図を添付すること。

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業計画延期届

年 月 日

福岡県知事 様

届出者 住 所
名 称
代表者名

次の研修については延期しましたので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱7(2)の規定により関係書類を添えて届け出ます。

研 修 番 号		
研 修 の 名 称		
当初の研修期間	年 月 日 ~	年 月 日
延期後の研修期間	年 月 日 ~	年 月 日
延 期 の 理 由		
事業担当者連絡先	担当者名	
	電話番号	

(添付書類)

- ① 学則 (様式第3号の2)
- ② 研修日程表 (様式第3号の3)

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業計画中止届

年 月 日

福岡県知事 様

届出者 住 所
名 称
代表者名

次の研修については中止しましたので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱7(3)の規定により届け出ます。

研修番号		
研修の名称		
研修期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
中止の理由		
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業変更届

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

年 月 日付け 障第 号で福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業の指定を受けましたが、下記の内容に変更が生じたので福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱8（1）の規定により、次のとおり届けます。

変 更 事 項

- 1 事業者に関すること
 - ①法人名称の変更
 - ②法人住所の変更
 - ③代表者の変更
 - ④定款等（寄付行為、規約等）の変更
 - ⑤その他
- 2 学則に関すること
 - ①事業計画の追加（変更）
 - ②費用の追加（変更）
 - ③使用教材の追加（変更）
 - ④カリキュラムの追加（変更）
 - ⑤研修会場の追加（変更）
 - ⑥担当講師の追加（変更）
 - ⑦その他
- 3 研修指定に関すること
 - ①研修日程の変更
 - ②研修会場の変更
 - ③研修講師の変更
 - ④その他
- 4 変更事項に関する添付書類 別添のとおり
- 5 担当者連絡先
 - 担当部署
 - 担当者氏名
 - 電 話

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業休止・再開届

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

年 月 日付け 障第 号で福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業の指定を受けましたが、当該事業を下記のとおり休止・再開したいので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱9（2）の規定により届け出ます。

1 研修名

2 休止期間 年 月 日～ 年 月 日
又は
再開年月日 年 月 日

3 理 由

4 その他提出書類（再開の場合のみ）

「福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定申請書」及び必要書類

5 担当者連絡先

担当部署

担当者氏名

電 話

障第 号

所在地

事業者名

代表者名

殿

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業休止届受理通知書

年 月 日付けであった福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業に係る休止届を受理しましたので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱9（3）に基づき通知します。

年 月 日

福岡県知事

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業廃止届

年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

年 月 日付け 障第 号で福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業の指定を受けましたが、当該研修事業を廃止するので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱10(1)の規定により届け出ます。

- 1 研修名
- 2 廃止(予定)年月日 年 月 日
- 3 廃止理由
- 4 修了者名簿の引継ぎ先

事業者名
所在地
電話
担当者

障第 号

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業廃止届受理通知書

年 月 日付けであった福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業に係る廃止届を受理しましたので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱10(2)に基づき通知します。

年 月 日

福岡県知事

別記第11号の1様式

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実績報告書

年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

年 月 日付け 障第 号で指定を受けた研修事業が修了したので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修指定事務取扱要綱11の規定により報告します。

記

1 研修名

2 研修の実施期間 年 月 日～ 年 月 日

3 募集定員 名

4 受講者及び修了者

(1) 受講者 名

(2) 修了者 名 (未修了者内訳：辞退者 名、補講者 名)

(別紙名簿のとおり)

5 修了年月日 年 月 日

6 添付書類

(1) 研修修了者名簿

(2) 出欠状況が確認できるもの

7 担当者連絡先

担当部署

担当者氏名

電 話

別記第11号の2様式

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業実績報告書（補講者分）

年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

年 月 日付け 障第 号の で指定を受けた研修の未修了者について、
補講を行い、修了しましたので、下記のとおり報告します。

記

1 研修名

2 研修の実施期間 年 月 日～ 年 月 日

3 修了者 名
(別紙名簿のとおり)

4 修了年月日 年 月 日

5 添付書類

(1) 研修修了者名簿（補講者分）

(2) 補講届

6 担当者連絡先

担当部署

担当者氏名

電 話

別記第12号様式

障第 号
年 月 日

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県知事

福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定取消通知書

年 月 日付け 障第 号で指定した研修事業については、下記の理由により指定を取り消しますので、福岡県強度行動障がい支援者養成研修事業指定事務取扱要綱14(2)に基づき通知します。

記