

様式第1号

福岡県同行援護従業者養成研修事業指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名 印

福岡県同行援護従業者養成研修事業実施要綱に基づく、福岡県同行援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱5により、福岡県同行援護従業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。

研 修 の 名 称		
研 修 課 程		
県内事業所の所在地		
募 集 対 象 地 域		
年 間 研 修 回 数	年間 回 (1講座定員 名)	
研修開始予定年月日	年 月 日	
教 材 名		
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 取扱要綱5のとおり

様式第1号の2

学則（事業概要）

- 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
- 6 研修期間
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 補講の取扱い
- 13 受講の取消し
- 14 修了証明書の交付
- 15 募集時期および開講時期
年 回（ 月（募集時期 ）， 月（募集時期 ））
- 16 受講資格及び受講定員
- 17 受講手続き
- 18 研修参加費用（内訳、テキスト代）

19 修了者の管理

20 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。

講師一覧表

同行援護従業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。

講 師 履 歴 書

氏名		生年月日	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	勤務先等	職務内容	
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、同行援護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。

講師就任承諾書

年 月 日

研修事業実施者 様

住所

氏名

印

所属

福岡県同行援護従業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

1. 担当科目および時間数

課程	担当科目	時間数	備考

(内部講師は省略可とする。)

様式第1号の7

実 習 施 設 一 覧

同行援護従業者養成研修事業者名 _____

実習科目名 _____

実習施設等の名称	所在地	実習指導責任者名

実習科目名 _____

実習施設等の名称	所在地	実習指導責任者名

実習科目名 _____

実習施設等の名称	所在地	実習指導責任者名

実習利用承諾書

同行援護従業者養成研修事業者名 _____

福岡県同行援護従業者養成研修事業実施要綱に定める次の実習の実施につき、上記事業者の実習施設として、実習生の受入れを承諾します。

記

1. 科目名： _____ (時間/回)
2. 施設等の種別
3. 実習における受け入れ人数
4. 承諾期間
5. 主な実習内容
6. 留意事項

年 月 日

実習施設名 _____

所在地 _____

代表者 _____

印

※ 公共交通機関の場合は、利用路線および区間についても記載すること。

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×〇期	
支 出			
テキスト代	○ ○	〇〇×〇〇人×〇期	
講師謝金	○ ○	〇〇×〇〇時×〇期	
会場使用料	○ ○	〇〇×〇期	
演習器具以外料	○ ○	〇〇×〇期	

※ 上記内容は、記入例である。

※ 研修事業に係る予算のみを記載すること。

2 向こう2年間の研修計画・財政計画

(1) 〇〇年度

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) 〇〇年度

障第 号

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県同行援護従業者養成研修事業指定通知書

年 月 日付けであった福岡県同行援護従業者養成研修事業に係る指定申請については、福岡県同行援護従業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

様式第2号の2

障第 号
年 月 日

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県知事

福岡県同行援護従業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同行援護従業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同行援護従業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

様式第3号

福岡県同行援護従業者養成研修実施計画書

年 月 日

福岡県知事 様

申請者 住 所
名 称
代表者名

印

福岡県同行援護従業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。

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1号の2)
- ②研修日程表(様式第1号の3)
- ③講師一覧表(様式第1号の4)
- ④講師履歴書(様式第1号の5)及び講師就任承諾書(様式第1号の6)
- ⑤講師資格証の写し
- ⑥実習施設一覧(様式第1号の7)
- ⑦講義室及び演習室の会場見取図
- ⑧実習利用承諾書(様式第1号の8)
- ⑨実習ルートが分かる略地図

※④, ⑤, ⑦, ⑧, ⑨は、変更がない場合は提出の必要はない。

様式第4号

福岡県同行援護従業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

印

次の研修については延期しましたので、福岡県同行援護従業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1号の2)

②研修日程表(様式第1号の3)

※ その他実施計画書(様式第3号)の添付書類で、研修を延期することによって内容が変更になった書類

様式第5号

福岡県同行援護従業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

印

次の研修については中止しましたので、福岡県同行援護従業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	

様式第6号

福岡県同行援護従業者養成研修事業計画変更届

年 月 日

福岡県知事 様

届出者 住 所
名 称
代表者名

印

福岡県同行援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱8(1)の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

研修の名称		
変更事項		
変更内容		
変更年月日		
変更理由		
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	

※変更に応じた関係書類を添付すること。(変更箇所が確認できるように下線等で印をつけること。)

※変更箇所が多数ある場合は新旧対照表を添付すること。

福岡県同行援護従業者養成研修事業休止・再開届

年 月 日

福岡県知事 様

届出者 住 所
名 称
代表者名
電話番号

印

次のとおり福岡県同行援護従業者養成研修事業について休止・再開しました（します）ので、福岡県同行援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱9（2）の規定により届出ます。

研修の名称			
研修課程及び 指定年月日		年	月 日
休止・再開年月日	年 月 日		
休止 再開する理由			
休止の場合は その予定期間	年 月 日 まで		

福岡県同行援護従業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

印

年 月 日付け福岡県 障第 号の で福岡県同行援護従業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、福岡県同行援護従業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

様式第9号

福岡県同行援護従業者養成研修事業実績報告書

年 月 日

福岡県知事 様

事業者 住 所
名 称
代表者名

印

福岡県同行援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱 11 の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

研修の名称		
研修課程		
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
修了者数	人	
修了証明書 発行年月日	年 月 日	
次回実施予定	年 月 日 ～ 年 月 日	
次回受講予定者	人	
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	

(添付書類)

①研修修了者名簿 (様式第9号の3)

様式第9号の2

福岡県同行援護従業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

事業者 住 所
名 称
代表者名

印

福岡県同行援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱 11 の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

研修の名称		
研修課程		
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
修了者数	人	
修了証明書 発行年月日	年 月 日	
次回実施予定	年 月 日 ～ 年 月 日	
次回受講予定者	人	
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	

（添付書類）

①研修修了者名簿（様式第9号の3）

事業者名		研修課程		研修番号	
------	--	------	--	------	--

修了証明書番号	氏名	フリガナ	生年月日	郵便番号	住所	電話番号	修了年月日	備考

- ※注1 研修番号別に別様とすること。
- 2 「修了年月日」は修了証明書の日付と一致すること。
- 3 修了者の住所の都道府県毎に別様にすること

