様式第１号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　福岡県知事　　殿

 住　　所

 団 体 名

 代表者名 印

　　（団体名）において実施する（研修名）について、障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

１　申請内容

 １の（１）に準ずる。

様式第４号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修指定事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　福岡県知事　　殿

 住　　所

 団 体 名

 代表者名 印

　　障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている　年度（研修事業名）について、 下記事業計画のとおり実施しますので報告します。

記

１　申請内容

 １の（１）に準ずる。

 様式第５号

|  |
| --- |
|  第　　　　　号　修　　了　　証　　明　　書 氏　　名 生年月日　　　年　　月　　日生 あなたは、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成研修　　　別記　　 として福岡県知事が指定した研修を修了したことを証します。   　　　 　年　　月　　日 団体名　 ○　　○　　○　　○ 代表者名 ○　　○　　○　　○ 印 |

|  |
| --- |
| 修了証明書（携帯用） 　　　 第　　　　号 氏　　名 ○　○　○　○ 生年月日　　　　年　月　日生　上記の者は、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成研修　　　別記　　　として福岡県知事が指定した研修を修了したことを証します。 　　 年　月　日 ○○団体名 代表者名　○　○　○　○ 印 |

 ＊携帯用修了証明書は、携帯に支障のないよう名刺大の大きさにすること。

（別記）

 居宅介護職員初任者研修課程

 障害者居宅介護従業者基礎研修課程　　　　　　　　　　　　　　のいずれかを記載する。

 様式第６号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修指定事業実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　福岡県知事　　殿

 住　　所

 団 体 名

 代表者名 印

 障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている　　年度（研修名）について、事業が修了しましたので下記のとおり実績を報告します。

記

１　団体名

２ 養成研修実施状況

 （　　　課程）

|  |  |
| --- | --- |
| 修了証明書発行者数 |  　　　　　　　　　　　　　人 |
| 修了証明書発行年月日 | 　　　 年　　月　　日付け |
| 実施機関 |  　　　年 月 日～ 年　　月　　日 |
| 実施場所 |  |
| 次回実施予定日時 |  　　　年 月 日～ 年　　月　　日 |
| 次回受講予定者数 |  　　　　　　　人 |

３添付資料

 講師及び実習に利用した施設等の名簿

 修了者名簿（次の①～⑦を記載のこと）

 ①修了証明書番号

 ②修了者の氏名（フリガナを付けること）

 ③修了者の生年月日

 ④修了者の住所（郵便番号を含む）及び電話番号

 ⑤ホームヘルパー又は訪問介護員としての採用（予定）年月日

 ⑥所属先の名称

 ⑦所属先の住所及び電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  （記入上の注意 |  |  市町村ごとに５０音順に並べること。） |

 　様式第７号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業変更申請書（届）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　福岡県知事　　殿

 住　　所

 団 体 名

 代表者名 印

　　障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている　　年度（研修名）について、事業内容を下記のとおり変更したいので申請します。

記

１　申請内容

（変更内容の分かる資料を添付のこと）

　 様式第８号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業廃止届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 　福岡県知事　　殿

 住　　所

 団 体 名

 代表者名 印

 福岡県指定の障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業　　　課程につきましては下記のとおり事業廃止の届出をいたします。

記

 １ 廃止年月日

 　　　　年　　月　　日

 ２ 廃止理由

様式第２号

**障害者（児）ホームヘルパー養成研修講師承諾書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　年　　月　　日

 　養成研修実施機関代表者 殿

 住　所

　　　　　　　　　　　　　 氏　名

 所　属

 障害者（児）ホームヘルパー養成研修の指定科目の講師について、下記のとおり承諾します。

記

 １．担当科目

様式第３号

**実　習　承　諾　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 　　　実施機関代表者　殿

 　　　　　　　　　 所在地

 　　　　　　　　　名　称

 　　　　　　　　　代表者

 　障害者（児）ホームヘルパー養成研修の実習の受け入れについて、下記のとおり承諾します。

記

 　　　１．実習名

　　　　２．今回の講習における受け入れ人員（　　　人）