

福岡県行動援護従業者養成研修事業者指定申請書

発 番
年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

印

福岡県行動援護従業者養成研修事業者実施要綱に基づく、福岡県行動援護従業者養成研修事業者指定事務取扱要綱4により、福岡県行動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。

記

- 1 研修名
- 2 研修の目的
- 3 研修の実施場所 講義
実習
- 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) 研修計画
- (2) 講師履歴書(別紙)及び講師就任承諾書 (別紙)
- (3) 資格証明書の写
- (4) 経験年数証明書
- (5) 実習施設設置者承諾書及び利用計画書(別紙)
- (6) 募集広告、パンフレット等の案文
- (7) 講義に利用する教室の平面図
- (8) 研修使用テキスト等
- (9) 修了証書及び修了証明書(携帯用)様式(別紙)
- (10) 「研修受講者に関する要件 (1) に掲げる事項を定めた要綱、学則等
- (11) 申請者の事業概要、組織概要、前年度決算概要
- (12) 研修実施年度及び次年度の収支予算
- (13) 申請者が法人の場合、登記簿謄本、財産目録、定款

別紙1

研 修 計 画

(第 回 平成 年 月 日～平成 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 実 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)		

①計画する研修における科目名が福岡県行動援護従業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。

②実習場所（実習受入先）を備考欄に記入すること。

講 師 履 歷 書

		生年月日	M/T/S 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、行動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。

※ 実習の利用者役となる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

印

福岡県行動援護従業者養成研修課程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5 実習会場見取図

科目名		月 日 () :00~ :00	
場所		住所	
研修人数		名	
見取図			
会場配備の介護機具等			

福岡県行動援護従業者養成研修事業追加指定申請書

年 月 日

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

印

福岡県行動援護従業者養成研修事業の追加指定をうけたいので、福岡県行動援護従業者養成事業指定事務取扱要綱7の規定により、下記により必要書類を添付して申請します。

記

1 指定を受けている研修名

2 新たに実施する研修

(1) 研修期間 年 月 日～ 年 月 日

(2) 研修定員 名

(3) 研修の実施場所 講義
実習

(4) 募集開始年月日 年 月 日

(5) 研修使用テキスト等

(6) 添付書類

①研修計画（別紙1）

②講師履歴書（別紙2）及び講師就任承諾書（別紙3）

③資格証明書の写

④実習施設設置者承諾書及び利用計画書（別紙4）

⑤実習会場見取り図（別紙5）

⑥募集広告、パンフレット等の案文

⑦講義に利用する教室等の平面図

⑧研修テキスト等

福岡県行動援護従業者養成研修事業変更届

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 で福岡県行動援護従業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行動援護従業者成研修事業指定事務取扱要綱7の(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実習施設の追加（変更）
 - ⑧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実習施設の変更
 - ⑤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

福岡県行動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

所在地
事業者名
代表者名 印

年 月 日付け福岡県 障第 号の で福岡県行動援護従業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、福岡県行動援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱7の(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)

「福岡県行動援護従業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

福岡県行動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 で福岡県行動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、福岡県行動援護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱8の(1)の規定により届け出ます。

- 1 研修名
- 2 廃止(予定)年月日 平成 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

別記第10号の1様式

福岡県行動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

所在地
事業者名
代表者名 印

年 月 日付け福岡県 障第 号の で指定を受けた研修事業が修了したので、福岡県行動援護従業者養成研修指定事務取扱要綱10の規定により報告します。

記

1 研修名

2 研修の実施期間 平成 年 月 日～ 平成 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 平成 年 月 日

6 添付書類

(1) 研修修了者名簿

(2) 実習修了確認書

(3) 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10号の2様式

福岡県行動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

所在地
事業者名
代表者名 印

平成 年 月 日付け福岡県 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 平成 年 月 日～平成 年 月 日

3 修了者 名
(別紙名簿のとおり)

4 修了年月日 平成 年 月 日

5 添付書類

(1) 研修修了者名簿（補講者分）

(2) 実習修了確認書

(3) 補講届

6 担当者連絡先

担当部署

担当者氏名

電 話