

様式第1号

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定申請書

年 月 日

福岡県知事 様

申請者 住 所
名 称
代表者名
電話番号

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱5の規定により、福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業を行う事業者として福岡県知事の指定を受けたく、次のとおり関係書類を添えて申請します。

研 修 の 名 称		
講 義 の 方 法		
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)

- 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演習実施計画 (様式第1号の5)
- ⑤演習室の見取図
- ⑥実習施設一覧 (様式第1号の6)
- ⑦実習施設承諾書 (様式第1号の7)
- ⑧収支予算及び向こう2年間の研修計画・財政計画 (様式第1号の8)
- ⑨定款その他の基本約款 (又は規約, 会則等)
- ⑩貸借対照表及び損益計算書 (又は資産状況を記載した書類)
- ⑪修了証明書及び携帯用修了証明書の様式

- 1 指定事業者の名称、所在地
- 2 事業の目的
- 3 実施課程及び形式
- 4 研修事業の名称
- 5 年間事業計画（研修日程及び募集定員）
- 6 受講対象者
- 7 研修参加費用（内訳：受講料、テキスト代）
- 8 使用教材
- 9 研修カリキュラム
- 10 研修会場一覧
- 11 各科目ごとの担当講師一覧
- 12 実習施設一覧
- 13 募集手続き
- 14 科目の免除
- 15 研修修了の認定方法
- 16 研修欠席者の取り扱い
- 17 補講の取り扱い
- 18 受講の取消し
- 19 修了証明書等の交付
- 20 修了者の管理
- 21 研修事業執行担当部署

※その他研修実施に係る留意事項

講師一覧表

重度訪問介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。

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。

様式第1号の6

実 習 施 設 一 覧

重度訪問介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

実習施設承諾書

重度訪問介護従業者養成研修事業者名 _____

福岡県重度訪問介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、実習生の受入れ及び実習生に対する指導を承諾します。

科目名： _____ (時間/回)

年 月 日

実習施設名 _____

所在地 _____

代表者 _____

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	○ ○	○○×○○人×○か所×○期	
支 出			
テキスト代	○ ○	○○×○○人×○か所×○期	
講師謝金	○ ○	○○×○○時間×○か所×○期	
会場使用料	○ ○	○○×○か所×○期	
演習器具レンタル料	○ ○	○○×○か所×○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

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業追加指定申請書

福岡県知事 様

所在地
事業者名
代表者名

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業の追加指定をうけたいので、福岡県重度訪問介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、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
演習

(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演習実施計画（様式第1号の5）
- ⑤演習室の見取図
- ⑥実習施設一覧（様式第1号の6）
- ⑦実習施設承諾書（様式第1号の7）
- ⑧収支予算及び向こう2年間の研修計画・財政計画（様式第1号の8）

様式第3号

福岡県重度訪問介護従業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

福岡県重度訪問介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演習実施計画（様式第1号の5）
- ⑤演習室の見取図
- ⑥実習施設一覧（様式第1号の6）
- ⑦実習施設承諾書（様式第1号の7）
- ⑧修了証明書（様式第8号の3）及び携帯用修了証明書

様式第 4 号

福岡県重度訪問介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

次の研修については延期しましたので、福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱 8（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 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

福岡県重度訪問介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

次の研修については中止しましたので、福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱8（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	

様式第6号

福岡県重度訪問介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

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱9（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 番 号		
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。

様式第7号

休 止
福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業 再 開 届
廃 止

年 月 日

福岡県知事 様

届出者 住 所
名 称
代表者名

電話番号

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱（10（2）・11（1））の規定により、次のとおり福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業について（休止・再開・廃止）します（しました）ので届け出ます。

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 廃 止	年 月 日		
休 止 再 開 する理由 廃 止			
休 止 の 場 合 は そ の 予 定 期 間	年 月 日 まで		

※不用な文字を消すこと。

様式第8号

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業実施報告書

年 月 日

福岡県知事 様

事業者 住 所
名 称
代表者名

福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱12の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

研修番号	号	
研修の名称		
研修課程		
講義方法		
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
修了者数	人	
事業担当者 連絡先	担当者名	
	電話番号	

(添付書類)

- ①実習実施状況 (様式第8号の2)
- ②実習修了証明書 (様式第8号の3)
- ③研修修了者名簿 (様式第8号の4)

実習実施状況

重度訪問介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	実習受入期間	実習参加人数
	年 月 日～ 年 月 日	人
実習参加人数計		人

実習科目名		
実習施設等の名称	実習受入期間	実習参加人数
	年 月 日～ 年 月 日	人
実習参加人数計		人

実習科目名		
実習施設等の名称	実習受入期間	実習参加人数
	年 月 日～ 年 月 日	人
実習参加人数計		人

様式第8号の3

福岡県重度訪問介護従業者養成研修課程実習修了証明書

重度訪問介護従業者養成研修事業者名

実習参加者名	実施年月日	実習参加者名	実施年月日

上記の者は、福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業実施取扱要綱12に定める次の
実習を修了したことを証明します。

科目名： _____ (時間)

年 月 日

実習施設名 _____

所在地 _____

代表者 _____

実習指導責任者名 _____

(自署又は記名押印)

様式9号

障第 号
年 月 日

所在地
事業者名
代表者名

殿

福岡県知事

福岡県重度訪問介護従業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、福岡県重度訪問介護従業者養成研修事業指定事務取扱要綱15に基づき通知します。

記