

様式第1号(第2(6)の②関係)

| |
|---|
| 第 号 |
| 修了証明書 |
| 氏 名 生年月日 年 月 日生 |
| 指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成18年9月29日厚生労働省告示第538号)に規定する研修の(別記)を修了したことを証明する。 |
| 年 月 日 |
| 居宅介護職員初任者研修等事業者名 印 |

A4版が望ましい。

| |
|---|
| 第 号 |
| 修了証明書(携帯用) |
| 氏 名 生年月日 年 月 日生 |
| 指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成18年9月29日厚生労働省告示第538号)に規定する研修の(別記)を修了したことを証明する。 |
| 年 月 日 |
| 居宅介護職員初任者研修等事業者名 印 |

名刺サイズ(55mm×91mm)が望ましい。

(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、重度訪問介護従業者養成研修基礎課程、重度訪問介護従業者養成研修追加課程、重度訪問介護従業者養成研修統合課程、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程、同行援護従業者養成研修一般課程、同行援護従業者養成研修応用課程、行動援護従業者養成研修課程、視覚障がい者移動介護従業者養成研修課程、全身性障がい者移動介護従業者養成研修課程、知的障がい者移動介護従業者養成研修課程

様式第1号の2（第2（6）の②関係）

| |
|---|
| 第 号 |
| 修 了 証 明 書 |
| 氏 名 生年月日 年 月 日生 |
| 厚生労働大臣の定めるところにより当該研修事業者が山形県知事の指定を受けて 行う（別記）を修了したことを証明する。 |
| 年 月 日 |
| (指定された事業者名) 代表 ○○ ○○ 印 |

A4版が望ましい。

| |
|---|
| 第 号 |
| 修 了 証 明 書 (携帯用) |
| 氏 名 生年月日 年 月 日生 |
| 厚生労働大臣の定めるところにより当該研修事業者が山形県知事の指定を受けて 行う（別記）を修了したことを証明する。 |
| 年 月 日 |
| (指定された事業者名) 代表 ○○ ○○ 印 |

名刺サイズ（55mm×91mm）が望ましい。

（別記） 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）

平成 年 月 日

山 形 県 知 事 殿

住所又は所在地

申請者名（氏名又は名称及び代表者の氏名） 印

山形県居宅介護職員初任者研修等事業指定申請書

下記の研修事業について、〇〇研修〇〇課程として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 研修事業の名称及び課程
- 2 添付書類
 - (1) 学則
 - (2) 講師履歴（様式1）
 - (3) 演習時の福祉用具の使用計画（様式2）及び研修会場見取り図
 - (4) 講義室及び演習室の利用承諾書
 - (5) 実習計画書（様式3）
 - (6) 実習施設利用承諾書（様式4）
 - (7) 収支予算（様式5）及び向こう2年間の財政計画
 - (8) 定款、寄付行為その他の基本約款
 - (9) 財産目録、貸借対照表等資産状況を示す書類
 - (10) 講義を通信方法で行う場合は、添削課題、模範解答、解説集及び採点基準並びに合格点を明示したもの

※ 毎年度、研修事業ごとに申請すること。

但し、同一年度内に複数回の申請を行う場合、2回目以降の申請にあたっては、内容変更がない限り、2（2）、（4）、（7）、（8）、（9）及び（10）の添付を省略することができる。

〇〇研修〇〇課程

講 師 履 歴

年 月 日現在

| | | | | |
|--|---------------|----------------------------------|-----------|--------------|
| 養成研修担当 科目 | | | | |
| ふりがな 氏 名 | | | | 性 別 男 ・ 女 |
| 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | |
| 現 在 | 所 属 | | | |
| | 職 及 び 業務内容 | 在職 年 | | |
| 担 当 科 目 に 関 係 の あ る 経 歴 | 名 称 | 教育内容 (学部、学科、専攻) 及び業務内容 (職、内容) | 期 間 | |
| | | | 年 月 ~ 年 月 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 資 格 ・ 免 許 | 名 称 | 取得機関 | 取得年月日 | |
| | | | 年 | 月 日 |
| | | | | |
| | | | | |

福祉用具の使用計画

| 月日 | 時間 | 演習項目 | 福祉用具 |
|----|----|------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

実習計画書 (〇〇研修〇〇課程)

ア 〇〇に関する実習 (〇時間)

| 施設名 | 実習指導者 | | | 受入人数 | 1日の 限度人数 | 研修期間 |
|-----|-------|----|------|------|-------------|------|
| | 資格 | 氏名 | 勤務年数 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

イ △△に関する実習 (△時間)

| 施設名 | 実習指導者 | | | 受入人数 | 1日の 限度人数 | 研修期間 |
|-----|-------|----|------|------|-------------|------|
| | 資格 | 氏名 | 勤務年数 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

ウ ◇◇見学 (◇時間)

| 施設名 | 実習指導者 | | | 受入人数 | 1日の 限度人数 | 研修期間 |
|-----|-------|----|------|------|-------------|------|
| | 資格 | 氏名 | 勤務年数 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

実習施設利用承諾書 (〇〇研修〇〇課程)

平成 年 月 日

殿

所在地

名称

代表者

職・氏名

印

〇〇研修〇〇課程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 実習の区分 例1 〇〇に関する実習 (〇時間×2日=〇時間)
例2 ◇◇見学 (◇時間)

2 施設等の種別

3 施設等の名称及び所在地

4 受け入れ条件

- (1) 受け入れ期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)
時 分 ~ 時 分 (休憩を除き 時間)
- (2) 受け入れ人数 時間× 日を 名
- (3) 1日当たりの人数 (限度) 名

※複数の実習区分で併せて承諾を得る場合は、別に作成してください。

収支予算

| 項 目 | | 金 額 | 算 出 内 訳 |
|------|--------------------------------|-----|---------|
| 収入合計 | | | |
| 1 | 受講料 | | |
| 2 | テキスト代 | | |
| 支出合計 | | | |
| 1 | 講師謝礼 (1) 講 義 (2) 演 習 | | |
| 小計 | | | |
| 2 | 実習謝礼 (1) ○○実習 (2) ○○訪問 等 | | |
| 小計 | | | |
| 3 | テキスト購入 | | |
| 4 | 修了証明書印刷 | | |
| 5 | 消耗品 | | |
| 小計 | | | |
| 6 | 賃貸料 | | |
| 7 | 会場費 | | |
| 8 | 通信費 | | |

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住所又は所在地

申請者名（氏名又は名称及び代表者の氏名） 印

山形県居宅介護職員初任者研修等事業変更届

平成 年 月 日付け指令障第 号により指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業を下記のとおり変更したいので届け出ます。

記

1 研修事業の名称

2 変更事項

（1）変更前

（2）変更後

3 変更理由

※理由が分かるよう記載すること。

4 添付書類

※学則の別紙その他変更となる部分の差し換え部分を記載すること。

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住所又は所在地

申請者名（氏名又は名称及び代表者の氏名） 印

山形県居宅介護職員初任者研修等事業報告書

平成 年 月 日付け指令障第 号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業について、研修が終了しましたので、下記のとおり報告します。

記

- 1 研修事業の名称
- 2 課程 課程
- 3 募集定員 人
- 4 受講者及び修了者
 - (1) 受講者 人
 - (2) 修了者 人
 - (3) 未修了者 人

未修了者内訳（辞退者 人、補講者 人）
- 5 講師の実施状況（別紙講義（演習）実施確認書のとおり）
- 6 実習の状況（別紙実習修了確認書のとおり）
- 7 修了者名簿（別紙名簿のとおり）

(別紙修了者名簿)

〇〇研修〇〇課程修了者名簿

事業者名 _____

研修期間 年 月 日から 年 月 日

| NO. | ふりがな 氏名 | 住所 | 電話番号 | 生年月日 | 課程 | 修了証明書 | | 備考 |
|-----|------------|----|------|------|----|-------|-----|----|
| | | | | | | 番号 | 年月日 | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

講義(演習)実施確認書

山形県知事 殿

住所又は所在地

申請者名(氏名又は名称及び代表者の氏名) 印

平成 年 月 日付け指令障第 号(研修期間:平成 年 月 日から平成 年 月 日)で指定を受けた(研修事業の名称及び課程)について、下記のとおり講師の実施確認を得ました。

記

| | 科目名 | 実施日 | 時間数 | 講師氏名 | 確認印 |
|--------|-----|-----|-----|------|-----|
| 講 義 | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| 演 習 | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |
| | | / | | | |

注1 「講師氏名」欄には、担当した講師の自署を、「確認印」欄には、当該講師の確認印の押印を受領すること。

2 科目ごと又は講師ごとを一欄とすること。

実習修了確認書 (〇〇研修〇〇課程)

事業者名 _____

研修期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

| NO. | 修了者氏名 | 〇〇に関する実習 | | △△に関する実習 | | ◇◇見学 | | 備考 |
|-----|-------|----------|---|----------|---|------|---|----|
| | | 実習先 | | 実習先 | | 実習先 | | |
| 1 | | / | / | / | / | / | / | |
| 2 | | / | / | / | / | / | / | |
| 3 | | / | / | / | / | / | / | |
| 4 | | / | / | / | / | / | / | |
| 5 | | / | / | / | / | / | / | |
| 6 | | / | / | / | / | / | / | |
| 7 | | / | / | / | / | / | / | |
| 8 | | / | / | / | / | / | / | |
| 9 | | / | / | / | / | / | / | |
| 10 | | / | / | / | / | / | / | |
| 11 | | / | / | / | / | / | / | |
| 12 | | / | / | / | / | / | / | |
| 13 | | / | / | / | / | / | / | |
| 14 | | / | / | / | / | / | / | |

※実習施設が多い場合は、実習教科ごとの表とすること

平成 年 月 日

山形県知事 殿

住所又は所在地名

申請者（氏名又は名称及び代表者の氏名） 印

居宅介護職員初任者研修等事業報告書（補講分）

平成 年 月 日付け指令障第 号で指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業について、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 研修事業の名称

2 課程 課程

3 研修期間 年 月 日から 年 月 日

4 補講者数 今回修了者 名
(前回までの報告との累計：研修受講者 名、補講者 名、
辞退者 名、修了者合計 名)

5 補講実施状況（別紙実施状況報告書のとおり）

6 講師の実施状況（別紙講義(演習)実施確認書のとおり）

7 実習の状況（別紙実習修了確認書のとおり）

8 補講者名（別紙名簿のとおり）

補講実施状況報告書

| 補講者名 | 補講科目 | 補講実施日 | 補講実施場所 | 補講担当講師 | 補講実施団体 |
|------|------|-------|--------|--------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |