（第１号様式）

居宅介護職員初任者研修事業者指定申請書

（新規・更新）

　　年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事　殿

申請者

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（電　話）

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　（事業者指定番号(更新の場合)）

居宅介護職員初任者研修事業者の指定を受けたいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱(第２条(新規の場合)・第５条第1項(更新の場合))の規定に基づき、次のとおり関係資料を添付の上申請します。

１　研修事業の拠点となる県内事業所の名称及び所在地

２　研修事業担当部署の名称、電話番号、メールアドレス、担当者名

３　研修責任者及び研修コーディネーターの氏名

４　指定有効期限(更新のみ)　　　　年　　月　　日

[添付資料]

(１)　事業概要及び組織図

(２)　役員名簿

(３)　定款、寄附行為又はその他の規約

(４)　法人の登記事項証明書

(５)　申請者の収支状況及び資産状況

(６)　向こう２年間の研修計画及び財政計画

(７)　研修責任者及び研修コーディネーターの履歴

(８)　情報の開示を行うホームページを印刷したもの

(９)　誓約書

（第３号様式）

居宅介護職員初任者研修指定申請書

（新規・更新）

年　　月　　日

　神 奈 川 県 知 事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）〒

（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業者指定番号(更新の場合)）

　居宅介護職員初任者研修の指定を受けたいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱（第３条第１項(新規の場合)・第５条第１項(更新の場合)）の規定に基づき、次のとおり関係資料を添付の上申請します。

１　研修の名称　　　　　　　　　　　　　　　　研修指定番号(更新のみ)

２　研修の課程　　　居宅介護職員初任者研修（通信の方法の利用　有　・　無　）

３　研修開始予定年月日(新規のみ)　　　　　年　　月　　日

　　指定有効期限(更新のみ)　　　　　　　　年　　月　　日

４　研修事業の拠点となる県内事業所の名称及び所在地

５　研修事業担当部署の名称、電話番号、メールアドレス、担当者名

［添付資料］

(１)　学則

(２)　講師一覧及び講師履歴

(３)　研修責任者及び研修コーディネーターの履歴

(４)　見学・実習施設一覧及び見学・実習受入承諾書

(５)　研修会場の平面図

(６)　使用備品一覧

(７)　標準日程表

(８)　通信方式の場合通信添削課題、解答及び解説

(９)　修了評価筆記試験問題及び解答

(10)　技術演習に係る習得度評価チェックリスト

(11)　修了証明書様式

(12)　居宅介護職員初任者研修実施計画書（第６号様式）及び初回の研修開講届(第７号様式) (新規のみ)

（第６号様式）

年度（上半期・下半期）居宅介護職員初任者研修実施計画書

　　年　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 | （事業者指定番号　　　　　　　　）(指定有効期限　　　　　　年　　月　　日) |
| 研修指定番号 | (指定有効期限)　　　　年　　月　　日 | 研修の名称 |  |
| 提出事由 | １　新規・年度(半期)当初提出指定事項の変更　有・無［学則・ｶﾘｷｭﾗﾑ・講師・会場・実習施設・ﾃｷｽﾄ・添削課題・評価試験・その他］２　コースの追加(　　　　　　　　　　　　　　　　　)３　コースの削除(　　　　　　　　　　　　　　　　　)４　内容の変更(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | コース数 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修個別番号 | コース名 | 研修会場 | 研修期間 | 募集開始日 | 定員 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※「研修個別番号」は、年度ごと、研修指定ごとに付番する。年度の初回を「１」とし、年度ごとの通番とする。

※研修期間は、詳細な日程が決定していない場合は「　　年　　月～　　年　　月」の記載でよい。

（第７号様式）

居宅介護職員初任者研修開講届

年　　月　　日

　神 奈 川 県 知 事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）〒

（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

（事業者指定番号）

　神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第７条第１項の規定により、次のとおり居宅介護職員初任者研修の開講について届け出ます。

研修指定番号

研修の名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修個別番号 | コース名 | 研修会場 | 研修期間 | 募集開始日 | 定員 |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  | 　　年　月　日～　　年　月　日 |  |  |

* この届出は研修指定番号ごとに作成する。
* 「研修個別番号」「コース名」は研修実施計画書に記載したものを記入する。
* 定員は指定を受けている定員数を超えないこと。

　添付書類

（１）研修日程表

（２）実習実施計画書

（３）会場を借りて実施する場合は使用承諾書等の写し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（第８号様式）

居宅介護職員初任者研修（事業者・研修）指定事項変更届

年　　月　　日

　神 奈 川 県 知 事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）〒

（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業者指定番号）

次の事項について変更したいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第９条第1項の規定により届け出ます。

１　変更の内容

　　(　　)事業者指定事項

　　(　　)研修指定事項　　研修指定番号(　　　　　　　　　　)

　　＊該当するほうに〇を付けること。事業者指定事項と研修指定事項と両方ある場合は別々に届出すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

２　変更の理由

３　変更の時期　　　　　　年　　月　　日

４　添付書類

　　(事業者指定事項)

・定款、寄附行為、会則等

・法人の登記事項証明書

　　(研修指定事項)

・変更事項に係る研修指定申請書添付書類

　　　　※変更前と変更後の両方を添付し、マーカー等で変更箇所がわかるようにすること

　　　・講師の追加の場合は追加する講師の講師履歴

　　　・実習施設の追加の場合は追加施設の実習受入承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（第９号様式）

居宅介護職員初任者研修届出事項変更・休講届

年　　月　　日

　神 奈 川 県 知 事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）〒

（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業者指定番号）

次の事項について変更したいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第10条の規定により届け出ます。

１　変更の内容

　　(　　)　　年度(上半期・下半期)居宅介護職員初任者研修実施計画書(研修指定番号　　　　　)

　　(　　)　居宅介護職員初任者研修開講届（　変更・　休講　）

　　　　　　年　　月　　日付届出　研修指定番号　　　　　　個別番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

２　変更の理由（休講の場合は休講理由）

３　変更の時期　　　　　　年　　月　　日

４　添付書類

・研修実施計画書(第６号様式)　・研修日程表　・実習実施計画書　・会場使用承諾書等の写し

※変更事項により該当書類を添付。変更前と変更後の両方を添付し、マーカー等で変更箇所がわかるようにすること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 (第10号様式)

　神奈川○○-Ｋ○○○○○‐○○-○○○○号

修　了　証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　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）に規定する研修の居宅介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。

　　　　年　　月　　日

研修指定事業者名

代表者名　　　　　　　印

（役職・氏名及び代表者印）

（第10号様式の２）

　神奈川○○-Ｋ○○○○○-○○-○○○○号

修　了　証　明　書（携帯用）

　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　 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）に規定する研修の居宅介護職員初任者研修課程を修了したことを証明する。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　研修指定事業者名

代表者名　　　　　　　印

(役職・氏名及び代表者印)

 (第11号様式)

居宅介護職員初任者研修実績報告書

　　年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事 殿

事業者

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　印

（電　話）

（事業者指定番号）

次のとおり居宅介護職員初任者研修が修了しましたので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第12条の規定により報告します。

　１　研修指定番号及び研修個別番号

２　研修の名称

３　研修の課程　　　居宅介護職員初任者研修（　通学　・　通信　）

４　研修会場

５　研修実施期間

年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

６　受講者数・研修修了者数

受講者数　　　　　　　　　　名

研修修了者数　　　　　　　　名

未修了者数　　　　　　　　　名

　　内訳　辞退者　　　　　　名(理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　　　　　補講対象者　　　　名

＊本人確認の実施　　　実施済み　・　　名未実施

７　研修修了者及び研修実施状況

添付資料のとおり

[添付資料]

(１)　居宅介護職員初任者研修修了者名簿（第12号様式）

(２)　受講者の出席簿の写し

(３)　通信添削指導実施確認書（通信課程の場合）の写し

(４)　実習修了確認書の写し

(５)　補講修了確認書の写し

(６)　講師出講確認書の写し

(７)　免除者に関する証明書類（介護業務従事証明書）の写し

８　備　考

(第11号様式の２)

居宅介護職員初任者研修実績報告書（補講者追加報告用）

　　年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事 殿

事業者

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　印

（電　話）

（事業者指定番号）

年　　月　　日付けで実績報告書を提出した居宅介護職員初任者研修の未修了者について、補講を行い修了しましたので次のとおり報告します。

　１　研修指定番号及び研修個別番号

２　研修の名称

３　研修会場

４　今回修了者　　　　　名　（別添名簿のとおり）

　　（全受講者数　　名、全修了者数　　　名、現在未修了者数　　名）

[添付資料]

(１)　居宅介護職員初任者研修修了者名簿（第12号様式）

(２)　受講者の出席簿の写し

(３)　通信添削指導実施確認書（通信課程の場合）の写し

(４)　実習修了確認書の写し

(５)　補講修了確認書の写し

(６)　免除者に関する証明書類（介護業務従事証明書）の写し

５　備　考

（第13号様式）

居宅介護職員初任者研修事業 休止 ・ 再開 届

年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事　殿

事業者

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

（電　話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （事業者指定番号）

次のとおり研修事業を（休止・再開）したいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第14条の規定により届け出ます。

１　研修指定番号　　　　　　　　　（指定年月日　　年　　月　　日）

２　研修の名称

３　研修の課程　　居宅介護職員初任者研修（　通学　・　通信　）

４　休止年月日又は再開年月日（休止の場合は、予定期間も記載すること。）

　　　　　年　　月　　日

（休止予定期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日）

５　理　由

６　添付書類（再開の場合のみ）

　　・居宅介護職員初任者研修実施計画書(第６号様式)

・居宅介護職員初任者研修開講届（第７号様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（第14号様式）

居宅介護職員初任者研修事業(一部・全部)廃止届

年　　月　　日

神 奈 川 県 知 事　殿

事業者

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

（電　話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （事業者指定番号）

次のとおり研修事業を（一部・全部）廃止したいので、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱第15条の規定により届け出ます。

１　廃止の内容（該当するほうに○を記入する）

(　　)　一部廃止

　　　　　　研修指定番号　　　　　　　　　（指定年月日　　年　　月　　日）

　　　　　　研修の名称

　　(　　)　全部廃止

　　　　　　事業者指定番号　　　　　　　（指定年月日　　年　　月　　日）

２　廃止年月日　　　　　年　　月　　日

３　理 由

４　全部廃止の場合、修了者台帳の引き継ぎ先

　　　名称

　　　所在地

　　　担当部署

　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号