別添様式１

誓約書

平成　　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）

１　居宅介護職員初任者研修事業者の指定を受けるにあたって、神奈川県居宅介護職員初任者研修事業指定要綱、神奈川県居宅介護職員初任者研修指定基準その他関係法令等を遵守することを　誓約します　・　誓約しません

２　下記のいずれにも該当しないことを　誓約します　・　誓約しません

|  |
| --- |
| ① 本県又は他の都道府県において、過去５年以内に、「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）第１条第３号から第７号に掲げる研修を実施する事業者としての不指定又は指定の取消し等の処分を受けた者であるとき。  ② 本県又は他の都道府県において、過去５年以内に、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第２号に定める介護員養成研修事業者としての不指定又は指定の取消し等の処分を受けた者であるとき。  ③ 本県、他の都道府県、指定都市又は中核市において、過去５年以内に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）又は改正前の障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づくサービス事業者としての指定を取り消された者であるとき。  ④ 本県、他の都道府県、指定都市又は中核市において、過去５年以内に、介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく介護保険サービス事業者としての指定または許可を取り消された者であるとき。  ⑤ 上記①～④の取り消し等の処分に係る行政手続法（平成５年法律第88号）第15条の規定による聴聞の通知後、処分決定前に当該事業の廃止の届出をした者で、当該届出日から５年を経過しない者であるとき。  ⑥申請者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号）第22条第1項及び第２項に定めるその他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  ⑦ 申請者の代表者が、上記①～⑥までのいずれかに該当する法人において、当該処分の理由となった事実があったとき又はその事実が継続している間にその代表者であった者であるとき。  ⑧申請者の代表者が、上記⑥に該当する者であるとき又は禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  ⑨ 申請者又は申請者の代表者が、居宅介護従業者の養成に係る研修、介護員養成研修及び関係法令に係る研修等又は障害者サービス及び介護サービス等の事業において、基準違反に関する改善勧告、改善命令その他の処分を受けて改善がなされていない、又は継続的な指導を受けているなどの事実によって、適正な研修事業の実施能力に疑義を生じさせる者であるとき。  ⑩ 申請者が、神奈川県暴力団排除条例（平成22年神奈川県条例第75号。以下「条例」という。）第２条第５号に定める暴力団経営支配法人等と認められるとき又は申請者の役員等が条例第２条第４号に定める暴力団員等と認められる者であるとき。  ⑪ 申請者が、条例第23条第１項に違反していると認められるとき。  ⑫ 申請者が、条例第23条第２項に違反していると認められるとき。  ⑬ 申請者及び申請者の役員等が、暴力団員等と密接な関係を有していると認められるとき。  ⑭ 申請者が、納付すべき租税公課を滞納している者であるとき。 |

別添様式２

学　則

|  |  |
| --- | --- |
| １事業者の名称、所在地及び連絡先 |  |
| ２研修事業の名称 |  |
| ３研修課程及び形式 | 居宅介護職員初任者研修課程　　（　通学　・　通信　） |
| ４開講の目的 |  |
| ５研修責任者及び  研修コーディネーターの氏名  研修担当部署  研修担当者及び連絡先 |  |
| ６受講対象者(受講資格)及び定員 |  |
| ７募集方法（募集開始時期・受講決定方法を含む）  受講手続及び本人確認方法 |  |
| ８受講料、テキスト代  その他必要な費用 | 円  （内訳）・受講料　　　　円　　　・テキスト代　　　　　円  　　　　・　　　　　　　円　　　・　　　　　　　　　　円 |
| ９研修カリキュラム | 別添様式３のとおり |
| 10通信形式の場合  その実施方法  ・添削指導及び面接指導の実施方法  ・評価方法及び認定基準  ・自宅学習中の質疑等への対応方法 |  |
| 11研修会場  　(名称及び所在地) |  |
| 12使用テキスト  (副教材も含む) |  |
| 13研修修了の認定方法  （習得度評価方法含む） |  |
| 14欠席者の取扱い(遅刻・早退の扱い含む)  補講の取り扱い  　(実施方法及び費用等) |  |
| 15科目免除の取扱いと  その手続き方法 |  |
| 16解約条件及び  返金の有無 |  |
| 17情報開示の方法  (ホームページアドレス等) |  |
| 18受講者の個人情報の  取扱い |  |
| 19修了証明書を亡失・  き損した場合の取扱い |  |
| 20その他研修実施に係る  留意事項 |  |

別添様式２－２

研修会場一覧

事業者名

研修事業の名称

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会場名 | 定員 | （演習会場が異なる場合）  会場名 | 定員 |
| 面積(㎡) | 面積(㎡) |
| 所在地 | 所在地 |
| 借上げ | 借上げ |
| １ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ２ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ３ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ４ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ５ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ６ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※「定員」欄は、40人を上限に当該会場で可能な定員数（1人当たり1.65㎡以上）を記入する。

※自施設でなく借上げの会場の場合は「借上げ」欄に〇を記入する。なおこの会場を使用する研修の開講届には、会場使用承諾書等の写しの添付が必要となる。

別添様式３

居宅介護職員初任者研修カリキュラム

　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　職務の理解（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |
| ２　介護における尊厳の保持・自立支援（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 | |
|  | 時間 |  | |
|  | 時間 |  | |
| 合計 |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３　介護の基本（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４　介護・福祉サービスの理解と医療との連携（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５　介護におけるコミュニケーション技術（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |
| ６　障害の理解（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ７　認知症・行動障害の理解(　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |
| ８　老化の理解（　時間） | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 |
|  | 時間 |  |
|  | 時間 |  |
| 合計 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　こころとからだのしくみと生活支援技術（　　時間） | | | | | |
| 基本知識の学習 | 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
| 生活支援技術の講義・演習 |  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | |
|  | 時間 |  | |
|  | 時間 |  | |
|  | 時間 |  | |
| 生活支援技術演習 |  | 時間 |  | | |
|  | 時間 |  | | |
| 実習 | | 時間 |  | | |
| 合計 | |  |  | | |
| 10　振り返り（　時間） | | | | | |
| 項目名 | | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 | | |
|  | | 時間 |  | | |
|  | |  |  | | |
| 合計 | |  |  | | |
| 全カリキュラム合計時間 | | 時間 | |

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること。

別添様式４

居宅介護職員初任者研修カリキュラム(通信課程用)

　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　職務の理解（　時間） | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 | | | |
|  | 時間 |  | | | |
|  | 時間 |  | | | |
| 合計 |  |  | | | |
| ２　介護における尊厳の保持・自立支援（　時間） | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  | |
| 合計 |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　介護の基本（　時間） | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４　介護・福祉サービスの理解と医療との連携（　時間） | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ５　介護におけるコミュニケーション技術（　時間） | | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  | |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 |  | |  |
| 合計 |  |  |  |  | |  |
| ６　障害の理解（　　時間） | | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| 合計 |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ７　認知症・行動障害の理解(　時間） | | | | | | |
| 項目名 | | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
|  | | 時間 | 時間 | 時間 |  |  |
| 合計 | |  |  |  |  |  |
| ８　老化の理解（　時間） | | | | | | |
| 項目名 | 時間数 | | 通学  時間数 | 通信  時間数 | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 |
|  | 時間 | | 時間 | 時間 |  |  |
|  | 時間 | | 時間 | 時間 |  |  |
| 合計 |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　こころとからだのしくみと生活支援技術（　　時間） | | | | | | | | |
| 基本知識の学習 | 項目名 | 時間数 | 通学  時間数 | 通信  時間数 | | 添削課題番号 | 講義内容及び演習の実施方法  通信課題の概要 | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
| 生活支援技術の講義・演習 |  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  | |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
|  | 時間 | 時間 | 時間 | |  |  |
| 生活支援技術演習 |  | 時間 |  | | | | | |
|  | 時間 |  | | | | | |
| 実習 | | 時間 |  | | | | | |
| 合計 | |  |  | | | | | |
| 10　振り返り（　時間） | | | | | | | | |
| 項目名 | | 時間数 | 講義内容及び演習の実施方法 | | | | | |
|  | | 時間 |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| 合計 | |  |  | | | | | |
| 全カリキュラム合計時間 | | 時間 | | |

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること

別添様式５

標準研修日程表

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日程 | 時間 | 時間数 | 科目番号/項目番号/項目名 | 会場 |
| 第1日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第２日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第３日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第４日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

＊オリエンテーション、修了評価試験も記載する。

別添様式６

標準研修日程表（通信課程用）

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

１　通学日程表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日程 | 時間 | 時間数 | 科目番号/項目番号/項目名 | 会場 |
| 第1日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第２日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第３日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第４日目 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

＊オリエンテーション、修了評価試験も記載する。

２　通信添削課題提出期限

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出回 | 科目番号/項目番号/項目名 | 提出期限　設定時期 | |
| 第　回 |  |  | |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  |  | |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  |  | |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  |  | |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  |  | |
|  |
|  |
|  |
| 最終締切日 | | |  |

別添様式７

研修日程表

　　　　 事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

研修期間：平成　　年　月　日　～　平成　　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 時間 | 時間数 | 科目番号/項目番号/項目名 | 講師 | 会場 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＊オリエンテーション、修了評価試験も記載する。

別添様式８

研修日程表（通信課程用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

研修期間：平成　　年　月　日　～　平成　　年　月　日

通信最終締切日：平成　　年　月　日

１　通学日程表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 時間 | 時間数 | 科目番号/項目番号/項目名 | 講師 | 会場 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

＊オリエンテーション、修了評価試験も記載する。

２　通信添削課題提出期限

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出回 | 科目番号/項目番号/項目名 | 提出期限 | | 添削担当講師 |
| 第　回 |  | 平成　　年　月　日 | |  |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  | 平成　　年　月　日 | |  |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  | 平成　　年　月　日 | |  |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  | 平成　　年　月　日 | |  |
|  |
|  |
|  |
| 第　回 |  | 平成　　年　月　日 | |  |
|  |
|  |
|  |
| 最終締切日 | | | 平成　　年　月　日 |  |

別添様式９

見 学 ・実 習 受 入 承 諾 書

　　年　　　月　　　日

　(研 修 事 業 者 名) 様

（所在地）〒

（法人名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　印

(電　話)

貴社(団体)の実施する居宅介護職員初任者研修の実習について、次の施設・事業所において受講者の受け入れを承諾します。

(見学)　　　受入時期　　　　年　　月～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名・事業所名 | サービス種別 | 事業所番号 | 実習指導者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（施設・居住型実習）　　受入時期　　　　年　　月～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名・事業所名 | サービス種別 | 事業所番号 | 実習指導者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(通所事業所実習)　　受入時期　　　　年　　月～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名・事業所名 | サービス種別 | 事業所番号 | 実習指導者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(居宅介護実習)　　受入時期　　　　年　　月～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名・事業所名 | サービス種別 | 事業所番号 | 実習指導者名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＊「施設名・事業所名」は当該サービス種別についてサービス事業者の指定を受けている名称で記載し、それに係る事業所番号を記載する。

＊必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

別添様式10

見学・実習施設一覧

事業者名

　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

（見学）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | 運営主体  (法人名) | 施設名・事業所名 | サービス  種別 | 事業所番号 | 所在地 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |

（施設・居宅型実習）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習内容  （計画） | |  | | | |
| 整理番号 | 運営主体  (法人名) | 施設名・事業所名 | サービス  種別 | 事業所番号 | 所在地 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |

(通所事業所実習)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習内容  （計画） | |  | | | |
| 整理番号 | 運営主体  (法人名) | 施設名・事業所名 | サービス  種別 | 事業所番号 | 所在地 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |

(居宅介護実習)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習内容  （計画） | |  | | | |
| 整理番号 | 運営主体  (法人名) | 施設名・事業所名 | サービス  種別 | 事業所番号 | 所在地 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |

＊「施設名・事業所名」は当該サービス種別についてサービス事業者の指定を受けている名称で記載し、それに係る事業所番号を記載する。

＊見学以外については、実習先で予定している実習内容を「実習内容（計画）」欄に記載する。単なる見学ではなく、利用者と接して現場の業務を体感できる内容とすること。

＊必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

別添様式11

実　習　実　施　計　画　書

事業者名

研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

　（実施方法）

|  |
| --- |
|  |

1. 施設・居住型実習

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 施 期 間 | ○○年○月○○日～　○○年○月○○日 | | | |
| 時　間　数 | 時間×　　日＝　　時間 | | | |
| 内容 |  | | | |
| サービス種別 | 整理番号 | 実　習　施　設　名 | 実習指導者名 | 実習者人数 |
|  |  |  |  | 名  (1日　　名） |
|  |  |  |  | 名  （1日　　名） |
|  | | | | 合　計　　　名 |

1. 通所事業所実習

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 施 期 間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 時　間　数 | 時間×　　日＝　　時間 | | | |
| 内容 |  | | | |
| サービス種別 | 整理番号 | 実　習　施　設　名 | 実習指導者名 | 実習者人数 |
|  |  |  |  | 名  （1日　　名） |
|  |  |  |  | 名  （1日　　名） |
|  | | | | 合　計　　　名 |

1. 居宅介護実習

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 施 期 間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 時　間　数 | 時間×　　日＝　　時間 | | | |
| 内容 |  | | | |
| サービス種別 | 整理番号 | 実　習　施　設　名 | 実習指導者名 | 実習者人数 |
|  |  |  |  | 名  （1日　　名） |
|  |  |  |  | 名  （1日　　名） |
|  | | | | 合　計　　　名 |

* 整理番号欄は、実習施設一覧の整理番号を記載する。
* 必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。
* 「職務の理解」「振り返り」の「見学」は日程表の会場欄に見学先を記載すればよい。

別添様式12

実習修了確認書

事業者名

　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 施設・居宅型実習 | | 通所事業所実習 | | 居宅介護実習 | |
| 実施日 | 施設名 | 実施日 | 事業所名 | 実施日 | 事業所名 |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |
|  | /  　/ |  | /  　/ |  | / |  |

別添様式13

通信添削指導実施確認書

事業者名

　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び研修個別番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 添削指導実施日 | 科目番号/項目番号/項目名 | 担当講師名 | 講師署名  （押印） |
| 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 |  |  |  |

別添様式14

使用備品一覧

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備品名 | 台数 | 所有 / レンタル |
| ベッド |  | 所有　・レンタル　・その他（　　　　） |
| 車いす |  | 所有　・レンタル　・その他（　　　　） |
| ポータブルトイレ |  | 所有　・レンタル　・その他（　　　　） |
| 浴槽 |  | 所有　・レンタル　・その他（　　　　） |
| (その他) |  |  |

別添様式15

講　師　一　覧

事業者名

　研修事業の名称　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目番号／科目名  項目番号／項目名 | 講師名   * 演習の補助講師は   （補助講師）と記載 | 資格等 | 専任・兼任 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

＊項目ごとに担当講師を記載すること。項目を分割した場合は分けて記載すること。

＊病気等による急な講師変更への対応も考慮し、担当することが想定される講師すべてを記載すること。

＊演習の補助講師についても記載すること。その場合は氏名に（補助講師）と書き添えること。

別添様式16

講　師　履　歴

年　　月　　日　　現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当科目番号/項目番号/  項目名  （複数の科目・項目を担当する場合は、全て記入すること） |  | | | | | | | 専任・兼任  （該当に○） | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 現在の所属  ・職及び  業務内容 | 所　属 |  | | | | | | | |
| 職及び  業務内容 | （　　　　年　月～） | | | | | | | |
| 担当科目に関係のある経歴 | 勤務先名称 | | 担当業務（科目）内容 | | | 期　間 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
|  | |  | | | 年　月～　年　月 | | | |
| 担当科目に関係のある資格・免許 | 名　　　称 | | | | | 取得年月日 | | | |
|  | | | | | 年 | 月 | | 日 |
|  | | | | |  |  | |  |
|  | | | | |  |  | |  |
|  | | | | |  |  | |  |
|  | | | | |  |  | |  |
| そ の 他  参考事項 |  | | | | | | | | |

＊担当科目に関係ある経歴欄は、講師基準を満たしていることがわかるように必要な事項を詳細に記入すること。

＊資格・免許の取得年月日欄は、必ず免許証等を確認の上、年月日まで正確に記入すること。

別添様式17

講師出講確認書

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 科目番号/項目番号/項目名 | 講師名 | 講師署名  （押印） |
| 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  ：　　～　　： |  |  |  |
| 年　　月　　日  ：　　～　　： |  |  |  |
| 年　　月　　日  ：　　～　　： |  |  |  |
| 年　　月　　日  ：　　～　　： |  |  |  |
| 年　　月　　日  ：　　～　　： |  |  |  |
| 年　　月　　日  ：　　～　　： |  |  |  |

別添様式18

居宅介護職員初任者研修実習免除願

居宅介護職員初任者研修課程の実習について免除をしていただきたく、別紙「介護業務従事証明書」を添えて願い出ます。

（研修事業者名）　様

　年　　　月　　　日

（受講者番号等）

（氏　　名）　　　　　　　　　　　　　　印

（住　　所）〒

（電話番号）

別添様式19

介 護 業 務 従 事 証 明 書

　　年　　　月　　　日

（研修事業者名）　様

施設・団体名

（指定事業所番号）

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施 設 種 別

住　　　 所　　〒

電 話 番 号

次の者は、以下のとおり介護業務の従事経験を有することを証明します。

（）

（施設・団体名）

（従事職種・業務内容）

（就業期間）　　　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

　　　（従事日数）　　　　　　　　日間

＊「従事職種・業務内容」については、従事している業務内容を含めできるだけ具体的に記載してください。

別添様式20

補講修了確認書

事業者名

　　　　　　　　　　　研修事業の名称

研修指定番号及び個別番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者名 | 実施方法 | 補講実施日・時間  （レポート認定日） | 科目番号/科目名  又は  科目・項目番号/項目名 | 講師名 | 講師署名（押印） |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |
|  | 講　義  レポート | 年　月　日  ：　～　　： |  |  |  |

※他事業者で補講を実施した場合は、その事業者から受講証明書（受講者名、実施日時、科目名、事業者名等が記載されていること）を発行してもらい、その写しを添付する。

※レポートによる補講の場合は、レポート課題及び解答を添付する。

参考様式１

研　修　日　誌

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修日時 | 年　　　月　　　日　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | |
| 科目・項目番号/項目名 |  | 講師氏名 |  |
| 会　場 |  | | |
| 出欠状況 | 出席者数　　　　　　人、　　欠席者数　　　　人 | | |
| 研修内容の概略 |  | | |
| 受講者への連絡事項等 |  | 記録者氏名 | 印 |
|  | | | |
| 研修日時 | 年　　　月　　　日　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 | | |
| 科目・項目番号/項目名 |  | 講師氏名 |  |
| 会　場 |  | | |
| 出欠状況 | 出席者数　　　　　　人、　　欠席者数　　　　人 | | |
| 研修内容の概略 |  | | |
| 受講者への連絡事項等 |  | 記録者氏名 | 印 |

参考様式２

実　習　記　録

【受講者氏名　　　　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施年月日 | 年　　月　　日　（　） | | 実施時間 | 時　　分　～　　時　　分 |
| 実習の種類 | 施設・居住型実習　・　通所事業所実習　・　居宅介護実習 | | | |
| 実習先施設名 |  | | | |
| 実習の目的  経験目標 |  | | | |
| 実習内容 | 時　間 | 実習の具体的内容 | | |
|  |  | | |
| 反省･感想等 |  | | | |
| 実習指導者  評価・確認印 | 実習指導者名　　　　　　　　　　　印 | | | |

参考様式３

総合生活支援技術演習計画書

1. 実施方法

２ 演習実施会場

平面図（主な使用備品を配置し、施設、居室等を想定した会場の状況を平面図にしてください。）

|  |
| --- |
| 会場の広さ：約　　　平方メートル |

３ 主な使用備品（数量）

・ベッド（電動等）　　　台　　　　　　　・パジャマ、寝間着　各　　着

・車いす　　　　台　　　　　　　　　　　・その他１（テレビ、ちゃぶ台、タンス等

・ポータブルトイレ　　　台　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・寝　具　　　　組　　　　　　　　　　　・その他２（タオル、洗面器等

　　　　　　　　　　　　　　　）

４　想定事例とタイムスケジュール

1. １グループあたりのタイムスケジュールについて

(2)想定事例について

＜想定事例１＞

ア　事例内容（*利用者のプロフィール(生活歴、家族歴、既往症など)､サービス提供の内容等*）

イ　学習目標（*学習するポイント*）

＜想定事例２＞

ア　事例内容（*利用者のプロフィール(生活歴、家族歴、既往症など)､サービス提供の内容等*）

イ　学習目標（*学習するポイント*）

(3)想定事例のタイムスケジュール

想定事例１（所要時間：　　　　分　）

想定事例２（所要時間：　　　　分　）

