様式１

大分県居宅介護職員初任者研修等事業者指定申請書

年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　殿

 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 名　称：

 代表者：

　大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領に規定する居宅介護職員初任者研修等事業者として指定を受けたいので、大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領４の（１）により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 |  |
| 実施場所※通信教育による事業を行う場合にあっては、主たる事業所の所在地及び対象地域 |  |
| 事業開始予定年月日 |  |

（添付書類）

 １　学則等

 ２ 研修カリキュラム

 ３ 大分県居宅介護職員初任者研修等事業講師略歴書（様式２）

 ４ 大分県居宅介護職員初任者研修等実習承諾書（様式３）

 ５ 研修修了の認定方法

 ６ 研修計画及び次年度の収支予算の細目（向こう2年間）

 ７ 申請者の収支及び資産状況

　８　申請者が法人であるときは、定款、寄付行為その他の規約

　９　誓約書（様式４）

　１０　通信教育による事業を行う場合

　　　・添削指導及び面接指導の指導方法を明示した書類

　　　・添削指導に関する問題形式一覧及び添削指導日程

　　　・添削指導に関する問題集、解答用紙及びその模範解答集

　　　・面接指導の実施期間における講義室及び演習室の設置者の承諾書（様式３）

様式２

大分県居宅介護職員初任者研修等事業講師略歴書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日　現在

|  |  |
| --- | --- |
|  講師氏名 |  （生年月日　　　　年　　月　　日） 専任・兼任 |
| 　担当科目 |  |
| 　履　　歴  |  |
|  資　　格　免　　許 | 　取得年月日 | 　　　　　　　名　　称　　　　　　 |
|  |  |

　※資格等の証明書の写し添付

様式３

大分県居宅介護職員初任者研修等実習承諾書

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施機関名 |  |
| 研修の名称 |  　 |
| 実 習 施 設 ※ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

　上記のとおり大分県居宅介護職員初任者研修等の実習施設として承諾いたします。

　　　　　　年　　　月　　　日

 施設設置者

 住　　所

 氏　　名

（※通信教育による事業を行う場合にあっては、面接指導の実施機関における講義室

　　及び演習室）

様式４

誓　　約　　書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、大分県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、大分県と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

　　　　　　記

１　自己又は自己の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

（１） 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２） 暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３） 暴力団員が役員となっている事業者

（４） 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者

（５） 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者

（６） 暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者

（７） 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者

（８）暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

２　１の（１）から（８）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人でありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大分県知事　　　殿

 　　　 〔法人、団体にあっては事務所所在地〕　　　　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　　　　　 　 　 事業者名 　　　　　　　　 　　　 代表者氏名（ふりがな）

 　 生年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

※ 県では、大分県暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨

の誓約をお願いしています。

様式５

大分県居宅介護職員初任者研修等事業変更届

年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　殿

 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 名　称：

 代表者：

　次のとおり指定を受けた内容を変更したいので、大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領４の（２）により、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研　修　の　名　称 |  |
| 　　　　変　更　の　理　由 |  |
| 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |

様式６

大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施計画書

年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　　殿

 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称：

 代表者：

 　　　 担当者名

 　　　 電話番号

　下記のとおり、研修を計画しましたので、大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領４の（３）により、実施計画書を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  研 修 の 名 称 |  |
|  実 施 時 期 | 　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） |
|   募 集 人 員 |  人 |
|  受 講 資 格 |  |
|  主な実施会場 |  |
|  申込先（℡） |  （　　　　　　　　　　　　） |
|  募 集 期 間 | 　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） |
|  受 講 料 |  |
|  その他 |  |

※研修の名称は課程まで記入すること。

添付書類　・研修計画カリキュラム

様式７

大分県居宅介護職員初任者研修等事業実績報告書

年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　　殿

 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称：

 代表者：

 　　　 担当者名

 　　　 電話番号

　下記のとおり、研修を実施しましたので、大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領４の（５）により、実績報告書を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  研修の名称 |  |
|  実施時期 | 　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） |
|  修了者数 |  人 |
|  実施会場 | 講義：演習：実習： |
|  受講料 |  |
|  その他 |  |

 添付書類

 ・居宅介護職員初任者研修等修了者名簿（様式８）

・実施研修カリキュラム

様式８

居　宅　介　護　職　員　初　任　者　研　修　等　修　了　者　名　簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証書番　　号 | 修 了年 月 日 | 研修の課程 | （ふりがな）氏　　名 | 生年月日 | 年齢 | 住　　　　所 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）外部からの照会に対し情報提供を行うことについて、その承諾の有無を確認し、「備考」欄に承諾する場合は「○」、承諾しない場合は「×」をそれぞれ記入すること。

様式９

事業実績内訳書　【基礎研修分・実践研修分】

 　　　　　　　　　　　　　　　　　指定事業所名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名称 | 実施時期 | 日数 | 実施機関 | 受講料 | 受講者数 | 修了者数 | 備　考 |
| 〇〇〇〇 |  | 　 |  |  | 名 | 名 |  |
| △ △△△ |  | 　 |  |  | 名 | 名 |  |
| ・・・ |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |   |  | 名 | 名 |  |

**※１　この様式は、強度行動障害支援者養成研修事業を終了した事業所のみ提出すること。**

**また、年度内に複数回実施した場合は、当該年度３月３１日までにこの様式にて一**

**括で提出すること。**

※２　「事業所名」欄には、複数回の実施や複数の会場で実施する場合等に「第〇回△△

研修」や「△△研修（〇〇会場）」等と記入すること。

※３　「実施機関」欄には、事業所名を漏れなく記入すること。

※４　「受講料」欄には、受講料総額を記入し、「備考」欄に１人あたりの受講料を記入

すること。

※５　特記すべき事項があれば「備考」欄に記入すること。

※６　基礎研修と実践研修を両方実施している場合には用紙を分けて作成し、該当する研修を〇で囲んだ上で提出を行うこと。

様式１０

大分県居宅介護職員初任者研修等事業（廃止・休止・再開）届

年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　　殿

 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称：

 代表者：

　年　　月　　日付け　　第　　　　　号で指定を受けた大分県居宅介護職員初任者研修等事業を（廃止・休止・再開）したいので、大分県居宅介護職員初任者研修等事業実施要領４の（６）により、下記のとおり届出をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  研修の名称 |  |
|  予定年月日 |  |
| （廃止・休止・再開） の　　 理 　　由 |  |
| 備　　　 考 |  |