

様式 1

居宅介護職員初任者研修等事業者指定申請書

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

申請者 住 所  
名 称  
代表者名  
電話番号

居宅介護職員初任者研修等事業の指定を受けたいので、三重県居宅介護職員初任者研修等事業者指定事務取扱要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。

記

講 義 の 方 法	1 . 通学      2 . 通信      該当項目を      で囲むこと
研 修 課 程	
研 修 事 業 の 名 称	
募 集 人 員	
募集開始予定年月日 研修開始予定年月日	年      月      日 募集開始予定 年      月      日 研修開始予定
担 当 者 名 電 話 番 号 F A X 番 号	

様式 2

研修日程表 (

課程)

日 付	時 刻	時 間	科 目 名	講 師 名
記入例 12月1日	9:00 ~ 12:00	3	に関する講義	社会福祉士 三重 太郎
	13:00 ~ 15:00	2	に関する実習	介護福祉士 伊勢 花子

様式 3

カリキュラム (		課程)		
1	講義		計	時間
	( 1 )	に関する講義		
		概論		2 時間
		の職業倫理		3 時間
		.		
		.		
		.		
		.		
2	演習		計	時間
	( 1 )	に関する演習		
		の技術		1 時間
		の介護技術		5 時間
		.		
		.		
		.		
		.		
3	実習		計	時間
	( 1 )	に関する実習		
		に関する技術		3 時間
		に関する技術実習		4 時間
		.		
		.		
		.		
		.		

様式 4

講師氏名、略歴、担当科目一覧表 (

課程)

講師氏名	略			歴	担当科目
三重 太郎	平成	年	月	大学社会福祉学科卒業	に関する 講義
	平成	年	月	大学講師	
	平成	年	月	短期大学助教授(現職) 専攻科目 障害者福祉論	
伊勢 花子	平成	年	月	大学卒業	に関する 基礎技術
	平成	年	月	ホームヘルパー 2 級研修修了	
	平成	年	月	施設就職	
	平成	年	月	介護福祉士取得	
<p>略歴欄は、担当科目の講義を行うにあたって、適当な人材と判断され得る根拠となる「保育資格」、「学歴」、「職歴」、「研修受講歴」、「講師歴」、「実務経験」等を簡潔に記入すること。</p>					

様式 5

講 師 就 任 承 諾 書

(事業者名) 様

私は、(事業者名)の行う居宅介護職員初任者研修等研修( 課程)の  
うち、下記の科目の講師を務めることを承諾します。

記

担当科目名

年 月 日

氏 名

---

上記が原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

(事業者名)

---

申請書に添付する際は、原本の写し(コピー)をとって写しを提出すること。その際、  
必ず原本であることを証明すること。

様式 6

講 義 室 ・ 演 習 室 使 用 承 諾 書

(事業者名) 様

所在地

施設名

代表者

下記のとおり、貴団体の主催する居宅介護職員初任者研修等研修( 課  
程)の講義室・演習室として使用することを承諾します。

記

使用する日時	
使用する部屋の名称	
面積	
収容人員	

演習を会議室等で行う場合は、この様式を使用すること。

---

(申請者使用欄)

上記が原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

(事業者名)

---

申請書に添付する際は、原本の写し(コピー)をとって写しを提出すること。その際、必ず原本であることを証明すること。

会場平面図を添付すること。

様式 7

演習施設利用計画書(

課程)

施設名	利用計画
身体障害者療護施設	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの1日 時間 1日 名程度
老人保健施設	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの1日 時間 1日 名程度

様式 8

居宅介護職員初任者研修等研修実習受入承諾書

(事業者名) の実施する居宅介護職員初任者研修等研修課程の実習について、  
下記のとおり実習生の受入を承諾します。

(事業者名) 様

施設名  
代表者

記

1 実習期間	年	月	日から	月	日までの	日間
2 受入人数	1日	時間	1日	名程度		

---

(申請者使用欄)

上記が原本と相違ないことを証明します。

年 月 日

(事業者名)

---

申請書に添付する際は、原本の写し(コピー)をとって写しを提出すること。その際、  
必ず原本であることを証明すること。

第	号
<b>修 了 証 明 書</b>	
氏名	
年 月 日生	
<p>指定居宅介護及び基準該当居宅介護の提供に当たる者として厚生労働省が定めるもの (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 課程として三重 県知事が指定した研修を修了したことを証明する。</p>	
年 月 日	
居宅介護職員初任者研修等研修事業者名 印	

第	号
<b>修 了 証 明 書 (携 帯 用)</b>	
氏名	
年 月 日生	
<p>指定居宅介護及び基準該当居宅介護の提供に当たる者として厚生労働省が定めるもの (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 課程として三重 県知事が指定した研修を修了したことを証明する。</p>	
年 月 日	
居宅介護職員初任者研修等事業者名 印	

研修事業にかかる収支予算書

項 目	金 額	説 明
収 入 合 計		
支 出 合 計		
差し引き収支		

第 号  
年 月 日

様

三重県知事

居宅介護職員初任者研修等研修事業者の指定について（通知）

年 月 日付け第 号の申請については、平成 1 9 年 1 月 3 0 日付  
け障発第 0 1 3 0 0 0 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「居宅介護職員  
初任者研修等研修等について」及び「三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事  
務取扱要綱」に基づき、居宅介護職員初任者研修等研修事業者として指定します。

記

研 修 課 程	
講 義 の 方 法	
事 業 者 番 号	
指 定 年 月 日	

第 号  
年 月 日

様

三重県知事

居宅介護職員初任者研修等研修事業者の申請の却下指定について（通知）

年 月 日付け第 号の申請については、平成 1 9 年 1 月 3 0 日付  
け障発第 0 1 3 0 0 0 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「居宅介護職員  
初任者研修等研修等について」及び「三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事  
務取扱要綱」に掲げる要件を満たさないため、申請の内容について却下します。

記

申請年月日	
却下日付	
却下理由	

この処分に不服がある場合は、処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 0 日以内  
に三重県知事に対して行政不服審査法に基づく異議申し立てをすることができます。

居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定変更申請書

年 月 日

三重県知事 へ

住 所  
名 称  
代表者名  
電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第10条第1項の規定により下記のとおり変更の申請をします。

記

事業者番号	
変更する事項	
変更する内容	別添のとおり
変更する時期	年 月 日から
変更する理由	
担当者名 電話番号 FAX番号	

注1 指定を受けた内容のうち、申請者の名称及び代表者の氏名、研修の課程及び名称、受講定員、講義及び演習会場、カリキュラム、研修修了の認定方法及び免除科目、講師、実習施設、使用テキスト等を変更する場合に、本申請書を提出し知事の承認を受けること。

注2 変更申請の内容に応じて、必要書類を添付すること。

様式 14

居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定変更届出書

年 月 日

三重県知事 へ

住 所  
 名 称  
 代表者名  
 電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等成研修事業者指定事務取扱要綱第 11 条の規定により下記のとおり変更の届け出をします。

記

事業者番号	
変更する事項	
変更する内容	別添のとおり
変更する時期	年 月 日から
変更する理由	
担当者名 電話番号 FAX番号	

居宅介護職員初任者研修等研修事業者事業休止届

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

住 所  
名 称  
代表者名  
電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第 12 条の規定により下記のとおり事業を休止します。

記

事 業 者 番 号			
事 業 を 休 止 す る 期 間	自	年 月 日	年 月
	至	年 月 日	
休 止 す る 理 由			
担 当 者 名 電 話 番 号 F A X 番 号			

居宅介護職員初任者研修等研修事業者事業廃止届

年 月 日

三重県知事 へ

住 所  
 名 称  
 代表者名  
 電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第 12 条の規定により下記のとおり事業を廃止します。

記

事業者番号	
事業を廃止する期間	年 月 日
廃止する理由	
担当者名 電話番号 FAX番号	

居宅介護職員初任者研修等研修事業者事業再開届

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

住 所  
名 称  
代表者名  
電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第 12 条の規定により下記のとおり事業を再開します。

記

事 業 者 番 号	
事業を再開する期間	年 月 日
担 当 者 名 電 話 番 号 F A X 番 号	

居宅介護職員初任者研修等研修事業計画書

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

申請者 住 所  
 名 称  
 代表者名  
 電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第 13 条の規定により下記のとおり提出します。

記

事業者番号	
研修課程	
研修事業の名称	
募集人員	
募集開始予定年月日 研修開始予定年月日	年 月 日 募集開始予定 年 月 日 研修開始予定
担当者名 電話番号 FAX番号	

居宅介護職員初任者研修等研修事業実績報告書

年 月 日

三 重 県 知 事 あて

申請者 住 所  
 名 称  
 代表者名  
 電話番号

三重県居宅介護職員初任者研修等研修事業者指定事務取扱要綱第14条の規定により下記のとおり提出します。

記

事業者番号		
研修課程		
研修事業の名称		
研修受講の状況	(1)受講者数	
	(2)修了者数	
担当者名 電話番号 FAX番号		

(添付書類)

- 1 研修にかかる決算(見込)書
- 2 修了者名簿(課程別)

