

介護員養成研修事業者指定申請書

第 号
年 月 日

群馬県知事 へ

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

介護員養成研修事業者の指定を受けたいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第3条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

- 1 事業者の名称
- 2 事業者の所在地
- 3 添付書類(該当するものにチェックすること)

No.	事業者指定添付書類一覧	チェック欄
1	研修計画(様式第1-1号)	
2	講師別担当科目一覧(様式第1-2号)	
3	講師履歴書(様式第1-3号)	
4	講師資格要件にかかる資格証の写し	
5	実習施設一覧(様式第1-4号)	
6	実習施設受入承諾書(様式第1-5号)	
7	研修会場一覧(様式第1-6号)、平面図	
8	学則	
9	収支予算書及び向こう二年間の財政計画(当該研修に係るもののみ)	
10	申請者の事業概要・組織概要及び収支状況(直近の決算書、貸借対照表)・資産状況	
11	定款、寄付行為その他の基本的約款の写し及び登記簿謄本	
12	その他知事が求める書類等	

以下は、講義を通信の方法により実施する場合のみ

13	通信の方法により行う研修事業概要(様式第1-7号)	
14	添削指導に係る教材資料、添削問題・回答	

研修計画（介護職員初任者研修課程）

事業者名

形式

通学・通信

研修の名称

科目番号	科目名 【規定時間数】	細目番号	細目名	時間数			
				講義	演習	実習	通信
1	職務の理解 【6時間】	(1)	多様なサービスの理解				○
		(2)	介護職の仕事内容や働く現場の理解				○
		科目1の合計					
2	介護における 尊厳の保持・ 自立支援 【9時間】	(3)	人権と尊厳を支える介護				
		(4)	自立に向けた介護				
		科目2の合計					
3	介護の基本 【6時間】	(5)	介護職の役割、専門性と多職種との連携				
		(6)	介護職の職業倫理				
		(7)	介護における安全の確保とリスクマネジメント				
		(8)	介護職の安全				
科目3の合計							
4	介護・福祉 サービスの理 解と医療との 連携 【9時間】	(9)	介護保険制度				
		(10)	医療との連携とリハビリテーション				
		(11)	障害福祉制度及びその他制度				
		科目4の合計					
5	介護における コミュニケーション技術 【6時間】	(12)	介護におけるコミュニケーション				
		(13)	介護におけるチームのコミュニケーション				
		科目5の合計					
6	老化の理解 【6時間】	(14)	老化に伴うこころとからだの変化と日常				
		(15)	高齢者と健康				
		科目6の合計					
7	認知症の理解 【6時間】	(16)	認知症を取り巻く状況				
		(17)	医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理				
		(18)	認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活				
		(19)	家族への支援				
科目7の合計							
8	障害の理解 【3時間】	(20)	障害の基礎的理解				
		(21)	障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、か かわり支援等の基礎的知識				
		(22)	家族の心理、かかわり支援の理解				
		科目8の合計					

科目番号	科目名 【規定時間数】	細目番号	細目名	時間数					
				講義	演習	実習	通信		
9	こころとからだのしくみと生活支援技術 【75時間】	(23)	介護の基本的な考え方						
		(24)	介護に関するこころのしくみの基礎的理解						
		(25)	介護に関するからだのしくみの基礎的理解						
		(23)～(25)の合計							
		(26)	生活と家事						
		(27)	快適な居住環境整備と介護						
		(28)	整容に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(29)	移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(30)	食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(31)	入浴・清潔保持に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(32)	排泄に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(33)	睡眠に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(34)	死にゆく人に関したこころとからだのしくみと終末期介護						
		(26)～(34)の合計							
		(35)	介護過程の基礎的理解						
		(36)	総合生活支援技術演習						
		(35)～(36)の合計							
科目9の合計									
10	振り返り 【4時間】	(37)	振り返り						
		(38)	就業への備えと研修修了後における継続的な研修						
		科目10の合計							
規定科目の合計									
独自カリキュラム									
	独自カリキュラムの合計								
総合計									

※ 規定時間数以上のカリキュラムを組むことは差し支えないが、科目ごとの上限を超える時間数については独自カリキュラムの欄に記載すること。

※ 独自カリキュラム欄は、独自に追加した科目がある場合には、その内容と時間数を記入する

研修計画（生活援助従事者研修課程）

事業者名

形式

通学・通信

研修の名称

科目番号	科目名 【規定時間数】	細目番号	細目名	時間数			
				講義	演習	実習	通信
1	職務の理解 【2時間】	(1)	多様なサービスの理解				
		(2)	介護職の仕事内容や働く現場の理解				
		科目1の合計					
2	介護における 尊厳の保持・ 自立支援 【6時間】	(3)	人権と尊厳を支える介護				
		(4)	自立に向けた介護				
		科目2の合計					
3	介護の基本 【4時間】	(5)	介護職の役割・専門性と多職種との連携				
		(6)	介護職の職業倫理				
		(7)	介護における安全の確保とリスクマネジメント				
		(8)	介護職の安全				
		科目3の合計					
4	介護・福祉 サービスの理 解と医療との 連携 【3時間】	(9)	介護保険制度				
		(10)	医療との連携とリハビリテーション				
		(11)	障害福祉制度及びその他制度				
		科目4の合計					
5	介護における コミュニケーション技術 【6時間】	(12)	介護におけるコミュニケーション				
		(13)	介護におけるチームのコミュニケーション				
		科目5の合計					
6	老化と認知症 の理解 【9時間】	(14)	老化に伴うこころとからだの変化と日常				
		(15)	高齢者と健康				
		(16)	認知症を取り巻く状況				
		(17)	医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理				
		(18)	認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活				
		(19)	家族への支援				
科目6の合計							
7	障害の理解 【3時間】	(20)	障害の基礎的理解				
		(21)	障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかり支援等の基礎的知識				
		(22)	家族の心理、かかり支援の理解				
		科目7の合計					

科目 番号	科目名 【規定時間数】	細目 番号	細目名	時間数					
				講義	演習	実習	通信		
8	こころとからだのしくみと生活支援技術 【24時間】	(23)	介護の基本的な考え方						
		(24)	介護に関するこころのしくみの基礎的理解						
		(25)	介護に関するからだのしくみの基礎的理解						
		(23)～(25)の合計							
		(26)	生活と家事						
		(27)	快適な居住環境整備と介護						
		(28)	移動・移乗に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(29)	食事に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(30)	睡眠に関連したこころとからだのしくみと自立に向けた介護						
		(31)	死にゆく人に関したこころとからだのしくみと終末期介護						
		(26)～(31)の合計							
		(32)	介護過程の基礎的理解			/		/	/
		(32)の合計							
科目8の合計									
9	振り返り 【2時間】	(33)	振り返り				/		
		(34)	就業への備えと研修修了後における継続的な研修				/		
		科目9の合計							
規定科目の合計									
独自カリキュラム									
独自カリキュラムの合計									
総合計									

※ 規定時間数以上のカリキュラムを組むことは差し支えないが、科目ごとの上限を超える時間数については独自カリキュラムの欄に記載すること。

※ 独自カリキュラム欄は、独自に追加した科目がある場合には、その内容と時間数を記入すること。

講師履歴書

事業者名

年 月 日 現在

ふりがな				
氏名				
生年月日				
現在	所属			
	業務内容	(年 月 ~現在)		
担当細目		様式第1-2号のとおり		
専任・兼任の別		専任・兼任 (いずれかに○)		
講師資格要件にか かる資格・免許	名称	取得機関	登録年月日	
	①		年 月 日	
	②		年 月 日	
	③		年 月 日	
①に関する 経歴・職歴	勤務先名称	担当業務(科目)内容	期間	経験年数
			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	
	合計年数			
②に関する 経歴・職歴	勤務先名称	担当業務(科目)内容	期間	経験年数
			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	
	合計年数			
③に関する 経歴・職歴	勤務先名称	担当業務(科目)内容	期間	経験年数
			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	
	合計年数			

※ 「専任」とは当該事業者の正規職員の講師とし、「兼任」とはそれ以外の講師とする。

※ 講師資格要件にかかる資格証の写しを添付すること。

※ 行政職員、福祉・介護・看護等の大学・短期大学及び介護福祉士養成校等の教員、高等学校教諭を講師とする場合で、現在その細目に該当する内容を担当していない者を講師とする場合は、担当細目に関する知識を有していることが分かる資料を添付すること。

実習施設一覧

事業者名

施設種別	施設の名称	施設所在地	設置法人名	承諾年月日	実習指導者名	1日あたりの 受入人数の上限
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		

※ 特別養護老人ホーム等に併設されている事業所については、施設の名称欄下段に括弧書きで（特養〇〇併設）等と記載のこと。

実習施設受入承諾書

年 月 日

(研修実施者名) 様

(実習受入施設)

郵便番号

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

貴研修実施者の実施する介護員養成研修の実習施設として、下記のとおり受講生の受入を承諾します。また、貴職が群馬県介護員養成研修実施要綱第11条に定める情報項目をホームページ等において開示することについても承諾します。

記

1 実習施設について

施設種別	
施設の名称	
施設所在地	
介護保険事業所番号	
事業開始(指定)年月日	
1日あたりの受入人数の上限	

2 実習指導者について

氏名	職・資格	実務経験年数
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

※ 同一法人が設置する2箇所以上の施設等で実施する場合は、施設等ごとに用紙を分けること。

研修会場一覧

事業者名 _____

年 月 日 現在

区分	会場名	所有者	所在地	面積 (㎡)	定員 (名)	1人あたりの面積 (㎡/名)	介護用具等			
							介護用ベッド 一式 (サイドレール等含む)	車椅子	ポータブル トイレ	家庭用浴槽 (施設一般浴槽使用)
講義会場										
演習会場										
面接指導 会場 (通信の場合)										

- ※ 定員欄は、複数回研修を予定し研修ごとに定員が異なる場合は、最も多い人数（ただし40人以内）を記載すること。
- ※ 定員欄は、初任者課程と生活援助課程を一体的に実施する場合は、合計した定員を記載すること。
- ※ 同一会場を講義、演習、面接指導（通信の場合）で重複して使用する場合は、それぞれの欄に記載すること。
- ※ 平面図を添付すること。

通信の方法により行う研修事業概要（生活援助従事者研修課程）

事業者名 _____

添削課題

科目番号 【規定時間 数】	2 【3時間】			3 【2.5時間】				4 【2時間】				5 【3時間】			6 【5時間】					7 【1時間】				8 【12.5時間】													
	(3)	(4)	合計	(5)	(6)	(7)	(8)	合計	(9)	(10)	(11)	合計	(12)	(13)	合計	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	合計	(20)	(21)	(22)	合計	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	合計	
通信実施時間																																					
問題 数	選択式																																				
	記述式																																				

講義を通信の方法によって行う地域

添削指導及び面接指導の方法

※ 添削指導に係る教材資料、添削問題・回答を添付すること。

介護員養成研修 指定申請書

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号 (担当)

介護員養成研修の指定を受けたいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 添付書類 (該当するものにチェックすること)

No.	事業者指定添付書類一覧	チェック欄
1	カリキュラム及び日程表 (様式第2-1号)	
2	実習実施計画 (様式第2-2号)	
3	当該年度の当該研修にかかる収支予算書	
4	修了証明書・修了証明書 (携帯用) の様式	
5	筆記試験の問題 (1回分)	

講義を通信の方法により実施する場合のみ

6	通信による研修事業実施計画 (様式第2-3号)	
---	-------------------------	--

事業者以外が所有する会場を使用して研修を実施する場合のみ

7	研修実施期間内の使用承諾書等の写し	
---	-------------------	--

カリキュラム及び日程表 (年度 第 回)

事業者名

研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程

名称

形式 通学・通信

募集開始日 年 月 日

定員

講義及び演習

実施年月日	時間	時間数			細目番号	細目名	講師名	会場
		講義	演習	独自				
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
合計時間数								

- ※ 規定時間数以上のカリキュラムを組むことは差し支えない。
- ※ 独自に追加した科目がある場合には、細目番号欄は空欄とし、内容欄にその内容を記載すること。
- ※ 「職務の理解」はカリキュラムの最初に、「振り返り」は最後に実施すること。
- ※ 複数の会場を使用する場合は、会場欄を分割して記載すること。

実習実施計画 (年度第 回)

事業者名

研修実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日

1 実習について

実習実施期間	細目 番号	細目名	1日あ たりの 時間数	実習を 実施す る日数	合計時間数
~					
~					
合計					

2 実習実施施設について

施設名	1日あ たりの 受入人数	期間中の受入 人数の合計
合計		

※ 受け入れ人数の合計は、定員を上回るようにすること。

通信の方法により行う研修事業実施計画

事業者名

課程名 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程

研修実施期間 ~

提出回	細目 番号	細目名	課題送付時期	課題提出期限
第1回			年 月 日	年 月 日
第2回			年 月 日	年 月 日
第3回			年 月 日	年 月 日
第4回			年 月 日	年 月 日
第5回			年 月 日	年 月 日

介護員養成研修指定事業者 変更届

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

年 月 日付け群馬県指令 第 号で指定を受けた介護員養成研修指定事業者について、下記のとおり変更したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第7条第1項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 添付書類(該当するものにチェックすること)

No.	変更内容	添付書類	チェック欄
1	事業者・事業所の所在地、名称等の変更	変更が分かる書類 (登記簿謄本等)	
2	研修計画	様式第1-1号 (変更後)	
3	講師別担当科目一覧	様式第1-2号 (変更後)	
4	講師履歴書	様式第1-3号 (変更後)	
5	実習施設一覧	様式第1-4号 (変更後)	
6	実習施設受入承諾書	様式第1-5号 (変更後)	
7	研修会場	様式第1-6号 (変更後) 平面図	
8	通信の方法による研修事業概要	様式第1-7号 (変更後)	
9	添削指導に係る教材資料、添削問題・回答	変更後の教材資料、 添削問題・回答	
10	学則	変更後の学則	

3 変更時期 年 月 日

4 変更理由

※ 変更した部分が変わるように、記載すること。

介護員養成研修 変更届

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

年 月 日付け群馬県指令 第 号で指定を受けた介護員養成研修について、下記のとおり変更したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第8条第1項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 指定研修番号
- 3 添付書類(該当するものにチェックすること)

No.	変更内容	添付書類	チェック欄
1	カリキュラム及び日程表 (日程・講師・会場の変更)	様式第2-1号 (変更後)	
2	実習実施計画	様式第2-2号 (変更後)	
3	通信による研修事業実施計画	様式第2-3号 (変更後)	

- 4 変更時期 年 月 日
- 5 変更理由

※ 変更した部分が変わるように、記載すること。

介護員養成研修 中止届

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

年 月 日付け群馬県指令 第 号で指定を受けた介護員養成研修について、下記のとおり中止するので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第9条の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 指定研修番号
- 3 研修開始日 年 月 日
- 4 中止理由

介護員養成研修 修了報告書

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

年度に介護員養成研修を修了した者について、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第10条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 修了者数

指定研修番号							
定員	名	名	名	名	名	名	名
受講者数	名	名	名	名	名	名	名
報告済の修了者数	名	名	名	名	名	名	名
今回報告の修了者数	名	名	名	名	名	名	名
未修了者数 (今後修了予定あり)	名	名	名	名	名	名	名
未修了者数 (今後修了予定なし)	名	名	名	名	名	名	名

- 3 添付書類(該当するものにチェック)

No.	事業者指定添付書類一覧	チェック欄
1	修了者名簿(様式第3号)	
2	修了証明書及び修了証明書(携帯用)の写し	

介護員養成研修指定事業者 休止・再開・廃止届

第 号
年 月 日

群馬県知事 あて

(申請者)
郵便番号
所在地
法人名
代表者職・氏名
担当者名
電話番号(担当)

年 月 日付け群馬県指令 第 号で指定を受けた介護員養成研修指定事業者について、下記のとおり休止・再開・廃止したいので、群馬県介護員養成研修事業者指定要領第11条第 項の規定により届け出ます。

記

- 1 研修課程 介護職員初任者研修課程・生活援助従事者研修課程
- 2 届出事項発生の時期(休止の場合は、予定期間も記載すること)
年 月 日
(研修休止予定期間 年 月 日 ～ 年 月 日)
- 3 届出事項発生の理由

- 4 (廃止の場合)今後の担当部署及び連絡先
担当部署
連絡先

※ 休止・再開・廃止のいずれかを丸で囲むこと。
本文中の条文の項については次のとおりとすること。
「休止」⇒第1項、「再開」⇒第2項、「廃止」⇒「第3項」