

山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱 新旧対照表

改正後	改正前
<p>(略)</p> <p>附則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和元年7月1日から施行する。</p> <p><u>附則</u> <u>この要綱は、令和2年10月28日から施行する。</u></p>	<p>(略)</p> <p>附則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和元年7月1日から施行する。</p>

改正後

別記 第1号様式

別記
第1号様式（第2条関係）

認知症介護実践研修指定申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
申請者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護実践研修の研修実施機関の指定を受けたいので、山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第2条に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
認知症介護実践研修実施機関の所在地・名称及び代表者名	所在地 名称 代表者名
講義・演習及び実習を実施する施設の名称・所在地	
募 集 定 員	人
研修開始の予定年月日	年 月 日
研修の企画監修を行う認知症介護指導者名	

改正前

別記 第1号様式

別記
第1号様式（第2条関係）

認知症介護実践研修指定申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
申請者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

印

下記のとおり認知症介護実践研修の研修実施機関の指定を受けたいので、山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第2条に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
認知症介護実践研修実施機関の所在地・名称及び代表者名	所在地 名称 代表者名
講義・演習及び実習を実施する施設の名称・所在地	
募 集 定 員	人
研修開始の予定年月日	年 月 日
研修の企画監修を行う認知症介護指導者名	自署 印
(指導者自署・印)	自署 印

改正後

添付書類

- 1 研修カリキュラム、研修実施期間、受講者の資格、募集方法、受講料、使用する教材（テキスト名・発行元等）等を記載した事業計画書
- 2 講師の氏名、履歴及び担当科目を記載した資料
- 3 外部実習を行う場合は、利用しようとする施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書の写し
- 4 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 5 申請者の定款その他の基本約款の写し
- 6 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- 7 過去の介護に関する研修実績

- 注 1 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
- 2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正前

添付書類

- 1 研修カリキュラム、研修実施期間、受講者の資格、募集方法、受講料、使用する教材（テキスト名・発行元等）等を記載した事業計画書
- 2 講師の氏名、履歴及び担当科目を記載した資料
- 3 外部実習を行う場合は、利用しようとする施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書の写し
- 4 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 5 申請者の定款その他の基本約款の写し
- 6 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- 7 過去の介護に関する研修実績

- 注 1 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
- 2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正後

第3号様式

第3号様式（第5条関係）

認知症介護実践研修事業実施計画書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護実践研修の 年度事業計画を関係書類を添えて届け出ます。

記

研 修 の 名	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
講義・演習及び実習を実施する施設の名称・所在地	
募 集 定 員	人
研修開始の予定年月日	年 月 日
研修の企画監修を行う認知症介護指導者名	

改正前

第3号様式

第3号様式（第5条関係）

認知症介護実践研修事業実施計画書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

印

下記のとおり認知症介護実践研修の 年度事業計画を関係書類を添えて届け出ます。

記

研 修 の 名	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
講義・演習及び実習を実施する施設の名称・所在地	
募 集 定 員	人
研修開始の予定年月日	年 月 日
研修の企画監修を行う認知症介護指導者名	自署 印
<u>（指導者自署・印）</u>	自署 印

改正後

添付書類

- 1 研修カリキュラム、研修実施期間、受講者の資格、募集方法、受講料、使用する教材（テキスト名・発行元等）等を記載した事業計画書
- 2 講師の氏名、履歴及び担当科目を記載した資料
- 3 募集案内等受講対象者に提示する書類
- 4 外部実習を行う場合は、利用しようとする施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書の写し
- 5 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 6 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- 7 過去の介護に関する研修実績

- 注
- 1 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
 - 2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

改正前

添付書類

- 1 研修カリキュラム、研修実施期間、受講者の資格、募集方法、受講料、使用する教材（テキスト名・発行元等）等を記載した事業計画書
- 2 講師の氏名、履歴及び担当科目を記載した資料
- 3 募集案内等受講対象者に提示する書類
- 4 外部実習を行う場合は、利用しようとする施設における実習を承諾する旨の当該施設の設置者の承諾書の写し
- 5 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- 6 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- 7 過去の介護に関する研修実績

- 注
- 1 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
 - 2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

改正後

第4号様式

第4号様式（第6条関係）

認知症介護実践研修実績報告書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護実践研修を実施しましたので、その実績について関係書類を添えて報告します。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
認知症介護実践研修 実施機関の所在地・名 称及び代表者名	所在地 名称 代表者名
修 了 者 数	
研 修 開 始 年 月 日	
研 修 修 了 年 月 日	

添付書類

- 1 認知症介護実践研修修了者名簿（別記第5号様式）
 - 2 研修に係る教科名、日時、場所及び担当講師等を記載した開講から閉校までの教科別実施状況一覧（実習含む）
 - 3 研修修了者に交付した修了証書の写し（1部）
 - 4 研修にかかる収支決算（見込）書
- 注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正前

第4号様式

第4号様式（第6条関係）

認知症介護実践研修実績報告書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

印

下記のとおり認知症介護実践研修を実施しましたので、その実績について関係書類を添えて報告します。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
認知症介護実践研修 実施機関の所在地・名 称及び代表者名	所在地 名称 代表者名
修 了 者 数	
研 修 開 始 年 月 日	
研 修 修 了 年 月 日	

添付書類

- 1 認知症介護実践研修修了者名簿（別記第5号様式）
 - 2 研修に係る教科名、日時、場所及び担当講師等を記載した開講から閉校までの教科別実施状況一覧（実習含む）
 - 3 研修修了者に交付した修了証書の写し（1部）
 - 4 研修にかかる収支決算（見込）書
- 注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 届出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。
3 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正後

第 6 号様式

第 6 号様式 (第 7 条関係)

認知症介護実践研修変更届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修 (実践者研修) ・認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)
変 更 事 項	1 申請者の氏名及び住所 (法人にあつては、その名称及び主たる事務所の所在地) 2 講義及び実習を実施する施設の所在地 3 事業計画書 4 講師の氏名、履歴及び担当科目 5 外部実習施設として利用しようとする施設の名称、所在地及び設置者の氏名 6 収支予算及び向こう 2 年間の財政計画 7 定款その他の基本約款 8 その他
変 更 の 内 容	変更前
	変更後
変 更 の 理 由	
変 更 年 月 日	年 月 日

注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。
3 「変更事項」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正前

第 6 号様式

第 6 号様式 (第 7 条関係)

認知症介護実践研修変更届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修 (実践者研修) ・認知症介護実践研修 (実践リーダー研修)
変 更 事 項	1 申請者の氏名及び住所 (法人にあつては、その名称及び主たる事務所の所在地) 2 講義及び実習を実施する施設の所在地 3 事業計画書 4 講師の氏名、履歴及び担当科目 5 外部実習施設として利用しようとする施設の名称、所在地及び設置者の氏名 6 収支予算及び向こう 2 年間の財政計画 7 定款その他の基本約款 8 その他
変 更 の 内 容	変更前
	変更後
変 更 の 理 由	
変 更 年 月 日	年 月 日

注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 届出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。
3 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。
4 「変更事項」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正後

第7号様式

第7号様式（第7条関係）

届
 認知症介護実践研修
 廃止
 休止

年 月 日

山口県知事 様

届出者 郵便番号
 住 所
 法人名
 代表者名
 (電話)

廃止
 下記のとおりに認知症介護実践研修を
 休止 したいので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
廃止 の年月日 休止	年 月 日
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
廃止 の理由 休止	

注 届出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに
 名称及び代表者の氏名を記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正前

第7号様式

第7号様式（第7条関係）

届
 認知症介護実践研修
 廃止
 休止

年 月 日

山口県知事 様

届出者 郵便番号
 住 所
 法人名
 代表者名
 (電話) 印

廃止
 下記のとおりに認知症介護実践研修を
 休止 したいので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
廃止 の年月日 休止	年 月 日
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
廃止 の理由 休止	

注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに
 名称及び代表者の氏名を記入すること。

2 届出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正後

第8号様式

第8号様式（第7条関係）

認知症介護実践研修再開届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護実践研修を再開したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
休 止 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
再 開 年 月 日	年 月 日

注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

改正前

第8号様式

第8号様式（第7条関係）

認知症介護実践研修再開届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
届出者 住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

印

下記のとおり認知症介護実践研修を再開したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	・認知症介護実践研修（実践者研修） ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
休 止 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
再 開 年 月 日	年 月 日

注 1 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 届出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。
3 「研修の名称」欄は該当するものを○で囲むこと。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。