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 |  | |
|  | |

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。

第２号様式（第４条第２項関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

山口県知事　○○　○○

認知症介護実践研修実施機関の指定について（通知）

　　　　年　　月　　日付けで申請のあった認知症介護実践研修実施機関の指定について、研修実施機関として適当と認められるため、山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第４条第２項の規定により、下記のとおり指定します。

記

１　指定事項

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名（研修の種別） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修実施機関 | 名称・代表者名 |  |
| 住所又は主たる  事業所の所在地 |  |

２　指定条件

（１）　　年　　　月　　　日付けで申請のあった内容に変更が生じたときは、速やかに山口県認知症介護実践研修実施機関指定要綱（以下「要綱」という。）第７条の規定により認知症介護実践研修変更届を提出すること。

（２） 指定に係る事業を廃止又は休止するときは、要綱第７条の規定により認知症介護実践研修廃止届（休止届）を提出すること。

（３） 指定に係る事業を再開するときは、要綱第７条の規定により認知症介護実践研修再開届を提出すること。

（４） その他、要綱を遵守すること。

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） |
| 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 |  |
|  |

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。

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。

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（法人にあっては、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。

　　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。

第７号様式（第７条関係）

廃止

認知症介護実践研修　　　　届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　休止

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　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　廃止

下記のとおり認知症介護実践研修を　　　　したいので届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　休止

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。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。

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。

第９号様式（第１５条関係）

|  |
| --- |
| 第　　　　号  修　　了　　証　　書  　　　　　　　　氏　 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　 月　 日  　あなたは、当該法人が山口県知事の指定を受けて行う厚生労働省が定める  　　認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）を修了したことを証  します。    　　　　　　　年　月　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定法人名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ○　○　○　○ |