

山口県認知症介護基礎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30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30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

第1号様式（第2条関係）

認知症介護基礎研修実施機関指定申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号
住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護基礎研修の研修実施機関の指定を受けたいので、山口県認知症介護基礎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	認知症介護基礎研修
認知症介護基礎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 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

第1号様式（第2条関係）

認知症介護基礎研修実施機関指定申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号
住 所
法 人 名
代表者名
(電話)

下記のとおり認知症介護基礎研修の研修実施機関の指定を受けたいので、山口県認知症介護基礎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	認知症介護基礎研修
認知症介護基礎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 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 <u>(指導者自署・印)</u>	<u>自署</u> 印

改正後

添付書類

- ①誓約書（第2号様式）
- ②定款又は寄附行為その他の規約
- ③法人の登記事項証明書
- ④認知症介護基礎研修の研修カリキュラム及び講師の氏名、履歴、担当科目
- ⑤研修事業計画及び研修スケジュール
実施場所、研修期間、受講対象者、受講予定人数、受講に要する費用、使用する教材（テキスト名・発行元等）、募集案内の方法等
- ⑥事業収支予算及び向こう2年間の財政計画
- ⑦研修を運営する組織図・職員配置状況
- ⑧過去の介護に関する研修実績
- ⑨個人情報保護に関する規定
- ⑩県税に滞納がないことを証する納税証明書
- ⑪その他指定に関し必要があると認める書類

注 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。

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誓約書（第2号様式）
- ②定款又は寄附行為その他の規約
- ③法人の登記事項証明書
- ④認知症介護基礎研修の研修カリキュラム及び講師の氏名、履歴、担当科目
- ⑤研修事業計画及び研修スケジュール
実施場所、研修期間、受講対象者、受講予定人数、受講に要する費用、使用する教材（テキスト名・発行元等）、募集案内の方法等
- ⑥事業収支予算及び向こう2年間の財政計画
- ⑦研修を運営する組織図・職員配置状況
- ⑧過去の介護に関する研修実績
- ⑨個人情報保護に関する規定
- ⑩県税に滞納がないことを証する納税証明書
- ⑪その他指定に関し必要があると認める書類

注 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。

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2号様式

第2号様式（第2条関係）

誓約書

年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号
住 所
法人名
代表者名
(電話)

- 1 山口県認知症介護基礎研修実施機関の指定申請を行うにあたり、山口県認知症介護基礎研修実施機関指定要綱で示された指定の要件を満たしていることを誓約します。
- 2 山口県認知症介護基礎研修実施機関の指定を受けるにあたって、山口県認知症介護基礎研修実施機関指定要綱その他の関係法令等を遵守することを誓約します。

改正前

第2号様式

第2号様式（第2条関係）

誓約書

年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号
住 所
法人名
代表者名
(電話)

印

- 1 山口県認知症介護基礎研修実施機関の指定申請を行うにあたり、山口県認知症介護基礎研修実施機関指定要綱で示された指定の要件を満たしていることを誓約します。
- 2 山口県認知症介護基礎研修実施機関の指定を受けるにあたって、山口県認知症介護基礎研修実施機関指定要綱その他の関係法令等を遵守することを誓約します。

改正後

第4号様式

第4号様式（第5条関係）

認知症介護基礎研修事業実施計画書

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)

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

記

研 修 名	認知症介護基礎研修
講義・演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4号様式

第4号様式（第5条関係）

認知症介護基礎研修事業実施計画書

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)

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

記

研 修 名	認知症介護基礎研修
講義・演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 (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 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- ⑤ 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- ⑥ 過去の介護に関する研修実績

注 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。

改正前

添付書類

- ① 研修カリキュラム、研修期間、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 収支予算及び向こう2年間の財政計画
- ⑤ 研修修了の認定方法及び修了証書の様式
- ⑥ 過去の介護に関する研修実績

注 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。

改正後

第5号様式

第5号様式（第6条関係）

認知症介護基礎研修実績報告書

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基礎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	認知症介護基礎研修
所在地	
認知症介護基礎研修 実施機関の所在地・名 称及び代表者名	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 認知症介護基礎研修修了者名簿（第6号様式）
- ② 研修カリキュラム
- ③ 研修を実施した施設の名称及び所在地
- ④ 講師の氏名、担当科目
- ⑤ 実施要領等受講対象者に提示した資料
- ⑥ 受講者に配布したテキスト、資料
- ⑦ 受講者数、修了者数
- ⑧ 修了者に交付した修了証書の写し（各1部）
- ⑨ 収支決算書
- ⑩ その他必要と認められる書類

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5号様式

第5号様式（第6条関係）

認知症介護基礎研修実績報告書

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基礎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	認知症介護基礎研修
所在地	
認知症介護基礎研修 実施機関の所在地・名 称及び代表者名	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 認知症介護基礎研修修了者名簿（第6号様式）
- ② 研修カリキュラム
- ③ 研修を実施した施設の名称及び所在地
- ④ 講師の氏名、担当科目
- ⑤ 実施要領等受講対象者に提示した資料
- ⑥ 受講者に配布したテキスト、資料
- ⑦ 受講者数、修了者数
- ⑧ 修了者に交付した修了証書の写し（各1部）
- ⑨ 収支決算書
- ⑩ その他必要と認められる書類

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）

認知症介護基礎研修変更届

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)

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
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 講義及び演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 収支予算及び向こう2年間の財政計画 6 定款又は寄附行為その他の規約 7 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 「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7号様式

第7号様式（第7条関係）

認知症介護基礎研修変更届

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)

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
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 講義及び演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 収支予算及び向こう2年間の財政計画 6 定款又は寄附行為その他の規約 7 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 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 「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 8 号様式

第 8 号様式 (第 7 条関係)

廃止
 認知症介護基礎研修 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基礎研修を したいので届け出ます。
 休止

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
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。

改正前

第 8 号様式

第 8 号様式 (第 7 条関係)

廃止
 認知症介護基礎研修 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)

印

廃止
 下記のとおり認知症介護基礎研修を したいので届け出ます。
 休止

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
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。

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9号様式

第9号様式（第7条関係）

認知症介護基礎研修再開届

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)

下記のとおり認知症介護基礎研修を再開したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
休 止 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
再 開 年 月 日	年 月 日

注 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。

改正前

第9号様式

第9号様式（第7条関係）

認知症介護基礎研修再開届

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)

下記のとおり認知症介護基礎研修を再開したので届け出ます。

記

研 修 の 名 称	認知症介護基礎研修
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。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。