（様式1）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 指定申請書**

第　　　　　　号

令和　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

申請者 郵便番号

所 在 地

名　　称

代 表 者

担 当 者

電　　話

ファクス

Eメール

茨城県地域介護ヘルパー養成研修の指定を受けたいので，下記のとおり申請します。

記

1　研修事業名称

2　研修実施場所

3　研修実施方法 通学　・　通信

4　受講者の定員 　　　　　人

5　研修実施期間 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日（　　日間）

6 受講者募集期間 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

7　使用テキスト ※市販図書は図書名明記。市販図書以外は「別添」とし1部添付。

8　添削指導の方法（通信制の場合のみ） ※記載または別添。添削課題，解答，解説を添付。

9　面接指導の方法（通信制の場合のみ） ※記載または別添。

10 添付書類

1. 学則（様式2）
2. 修了証明書（様式3）及び修了証明書（携帯用）（様式4）
3. 研修カリキュラム（様式5）
4. 研修事業の収支予算書

（様式2）

|  |
| --- |
| 以下は学則の最低限の記載例です。必要に応じて補講や科目免除，受講取消し措置など必要事項を記載してください。また，通信制の場合には，対象地域や添削指導及び面接指導の方法，面接指導の実施場所の明記が必要です。 |

**○○市社会福祉協議会　地域介護ヘルパー養成研修学則**

1　目　的

（研修事業の理念，考え方を記載してください。）

2　名　称

○○市社会福祉協議会　地域介護ヘルパー養成研修

3　実施場所

○○市民会館　第○会議室（○○市○○町○－○○－○）

4　研修期間

令和○○年○月○日～令和○○年○月○日

5　研修定員

50名

6　カリキュラム

別添のとおり。

7　専任講師氏名

* 茨城 太郎
* 常陸 一郎
* 霞ヶ浦 花子

8　受講資格

介護ボランティアへの従事を希望する者。

9　受講手続

(1) 受講者は，指定の申込用紙に必要事項を記載のうえ，期日までに申し込む。ただし，定員に達した時点で受付終了する。

(2) 当会は，書類審査のうえで受講者を決定し，受講決定通知書を受講者に送付する。

(3) 受講通知書を受け取った受講者は，指定の期日までに受講料等を納入する。

(4) 当会は，受講料等の納入を確認した後，教材を郵送する。

10　受講料

○○○○円（テキスト・実習費込み）

11　研修修了の認定方法

要綱が定める所定のカリキュラムを全て修了したと認定された場合に，修了証明書を交付し，修了認定を行う。

（様式3）

|  |
| --- |
| 茨地介　第○○-○○○-○○○○　号  **修　了　証　明　書**  氏　　名　○ ○　 ○ ○  生年月日　（和暦）○○年○○月○○日  茨城県地域介護ヘルパー養成研修を修了したことを証明します。  令和○○年○○月○○日　修了  　　（事　業　者　名）　　　　印  ※再発行の場合  （　　年　　月　　日　再発行） |

（様式4）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修修了証明書**

氏　　名　　○○　○○

生年月日　　（和暦）○○年○○月○○日

番　　号　　茨地介第○○-○○○-○○○○号

茨城県地域介護ヘルパー養成研修を修了したことを証明します。

令和○○年○○月○○日修了

（　　事　　業　　者　　名　　）

※再発行の場合（　　年　　月　　日再発行）

（顔写真）

印

* 顔写真は，事業者の判断により省略またはイラスト，シンボルマーク等に代えることができる。
* 判型は，名刺サイズ，カードサイズなど，携帯に適したサイズに適宜調整することができる。

（様式5）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 研修カリキュラム**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実　施  年月日  （曜日） | 時　　間  （実時間数）  ※1 | 科　目 | 内　　容  ※2 | 講師氏名  （講師要件）  ※3 | 備考 |
| 年  月　日  （　　） | ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| 年  月　日  （　　） | ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| 年  月　日  （　　） | ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| 年  月　日  （　　） | ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |
| ：　～　 ：  （　　） |  |  | （　　　　） |  |

※1 「（実時間数）」は，休憩時間（食事休憩等）を抜いた実時間数を記入すること。

※3 「（講師要件等）」は，当該講師が満たす当該科目を担当するために必要な講師要件を記入すること。

例1　茨城太郎（介護福祉士）

例2　霞ヶ浦花子（地域包括支援センター職員）

（様式6）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 指定変更届出書**

第　　　　　　号

令和　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

事業者 郵便番号

所 在 地

名　　称

代 表 者

担 当 者

電　　話

ファクス

Eメール

　令和　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について，下記のとおり実施内容を変更したいので，要綱第4条第1項の規定により届け出ます。

記

1　変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |

2　変更時期

令和　　年　　月　　日

3　変更理由

4　添付書類

（様式7）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 休講届出書**

第　　　　　　号

令和　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

事業者 郵便番号

所 在 地

名　　称

代 表 者

担 当 者

電　　話

ファクス

Eメール

　令和　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について，下記により休講するので，要綱第4条第2項の規定により届け出ます。

記

1　休講の理由

2　添付書類

（様式8）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 事業実績報告書**

第　　　　　　号

令和　年　月　日

茨城県知事　　　　　　　殿

事業者 郵便番号

所 在 地

名　　称

代 表 者

担 当 者

電　　話

ファクス

Eメール

令和　　年　　月　　日付け　　第　　　　号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について，下記のとおり実施したので，要綱第7条の規定により報告します。

記

1　研修事業名称

2　研修実施場所

3　研修実施方法　　　通学　・　通信

4　研修実施期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　　日間）

5　修了者数

　　　　　　　　　名　（受講者　　名）

6　添付書類

(1)修了者名簿（様式9）

(2)研修事業収支決算書

（様式9）

**茨城県地域介護ヘルパー養成研修 修了者名簿**

研修事業者名

修了者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 修了番号 | 修了年月日 | フリガナ  氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 郵便番号・住所 | 電話番号 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※欄が足りない場合は次ページに継続してください。

※本名簿は，実績報告書に添付するとともに，同様の事項を入力した電子データ（原則としてMicrosoft Excel形式）による提出もお願いします。

※修了者のなかに中学生が含まれる場合は，備考欄に中学校名及び学年を御記入ください。

（別紙5）

**受　　講　　証　　明　　書**

茨城県地域介護ヘルパー養成研修のうち，下記の科目を受講したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受講科目  （時間数） |  |

＊　複数の受講科目がある場合には，列記すること。

年　　月　　日

事業者名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　印