（様式１）

平成　年　月　日

厚生労働大臣（都道府県知事）

　　　　　　殿

主たる事務所の

所　　在　　地

名　　　　　称

代　表　者　名

介護技術講習実施届出書

（平成　　年度実施分）

　社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第22条第４項に定める介護技術講習について、下記のとおり実施したいので、同施行規則第23条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

記

１．介護技術講習の名称

２．講習課程及び時間数（様式１－２）

３．講師一覧（様式１－３）

４．各講習毎の講師一覧（様式１－４）

５．講師の氏名及び履歴（様式１－５）

６．実施場所、期日及び受講定員（様式１－６）

７．講習日程（様式１－７）

８．担当者の氏名及び連絡先

（添付書類）

①　就任承諾書（様式１－５－２）

②　主任指導者養成講習修了証明書（様式１－５－３）

③　指導者養成講習修了証明書（様式１－５－４）

④　介護技術講習の実施場所が、養成施設等以外の施設である場合、当該施設の図面及び備品一覧

⑤　募集要項等受講希望者等に提示する書類

（注）　前回届出時から変更のない事項については、変更のない旨を本届出書に記載すればよいこととし、当該項目に係る書類の提出は不要とする。

（様式１－２）

講習課程及び時間数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 |  |
| 介護過程の展開　　(　時間) |  |
| コミュニケーション技術(　時間) |  |
| 移動の介助等　　　(　時間) |  |
| 排泄の介助　　　　(　時間) |  |
| 衣服の着脱の介助　(　時間) |  |
| 食事の介助　　　　(　時間) |  |
| 入浴の介助等　　　(　時間) |  |
| 総合評価　　　　　(　時間) |  |
| 合　　　　　　計 | 時間 |

（様式１－３）

講　師　一　覧

|  |  |
| --- | --- |
| 修了した講習の別 | 講　師　名 |
| 主任指導者養成講習 |  |
|  |
|  |
| 指導者養成講習 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（様式１－４）

各講習毎の講師一覧

平成　　年度（第　回）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講師の種別 | 講　師　名 | 備　考 |
| 主任指導者 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 指導者 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(注)１　代替講師については、講師として予定される種別毎に講師名欄に記載するとともに、備考欄に代替講師である旨を記載すること。

２　この一覧に記載されている講師名の範囲内で、講師の種別の変更及び代替講師であるか否かの変更を行おうとする場合は、当該変更後においても講習の実施に必要な講師の数が確保されている場合に限り、当該変更の届出を行う必要なないこと。

（様式１－５）

No.

講師の氏名及び履歴

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先の名称 |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年齢（　歳） |
| 最終学歴(学部、学科、専攻) |  |
| 修了した講習の別 | 主任指導者養成講習　　　・　　　指導者養成講習 |
| 　講　　師資格要件 | 教育歴・職歴 | 名　　　称 | 教育内容又は業務内容 | 年　　月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　　計 |  | 　年　月 |
| 資格・免許・学位 | 名　　　称 | 取　得　機　関 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(注)　各講師毎に作成し、就任承諾書（様式１－５－２）及び主任指導者養成講習修了証明書（様式１－５－３）又は指導者養成講習修了証明書（様式１－５－４）を添付すること。

（様式１－５―２）

就任承諾書

平成　　年　　月　　日

殿

氏名

私は、　　　　　　　　が実施する介護技術講習の講師として就任することを承諾します。

（様式１－５―３）

|  |
| --- |
| 第　　　　　　号主任指導者養成講習修了証明書氏　　名生年月日上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第23条の２第１項第３号に定める講習（主任指導者養成講習）を平成　年　月　日に修了したことを証明します。平成　　年　　月　　日所在地名　 称代表者名　　　　　　　　　　　　　　 |

（様式１－５―４）

|  |
| --- |
| 第　　　　　　号指導者養成講習修了証明書氏　　名生年月日上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第23条の２第１項第３号に定める講習（指導者養成講習）を平成　年　月　日に修了したことを証明します。平成　　年　　月　　日所在地名　 称代表者名　　　　　　　　　　　　　　 |

（様式１－６）

実施場所、期日及び受講定員（平成　　　年度分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実施場所 | 実施期日（期間） | 受講定員 |
| 第　回 |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |
| 第　回 |  |  |  |

（様式１－７）

講　習　日　程

（平成　　年度第　　回）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 時　間 | 項　目 |
| 　月　日 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 月日 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 月日 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 月日 |  |  |
|  |  |
|  |  |

（様式２）

|  |
| --- |
| 第　　　　　　号介護技術講習修了証明書氏　　名生年月日上記の者は、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第22条第４項に定める介護技術講習を平成　年　月　日に修了したことを証明します。平成　　年　　月　　日所在地名　 称代表者名　　　　　　　　　　　　　　 |

（様式３）

平成　年　月　日

厚生労働大臣（都道府県知事）

　　　　　　殿

主たる事務所の

所　　在　　地

名　　　　　称

代　表　者　名

介護技術講習実施届出書変更届出書

　平成　年　月　日付けで届け出をした介護技術講習実施届出書について、下記のとおり変

更したいので、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第23条の２第３項の規定に基づき、変

更後の介護技術講習実施届出書を添えて、届け出ます。

記

１．介護技術講習の名称

２．変更事項

３．変更届出

４．変更時期

５．担当者の氏名及び連絡先

（様式４）

平成　年　月　日

厚生労働大臣（都道府県知事）

　　　　　　殿

主たる事務所の

所　　在　　地

名　　　　　称

代　表　者　名

介護技術講習実施報告書

　平成　年　月　日付けで届け出をした社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第22条第４項に定める介護技術講習について、下記のとおり実施したので、同施行規則第23条の２第４項の規定に基づき報告します。

記

１．介護技術講習の名称

２．実施年月日

３．実施場所

４．受講者数

５．修了者数

６．担当者の氏名及び連絡先

（様式５）

平成　年　月　日

　　　　　　殿

主たる事務所の

所　　在　　地

名　　　　　称

代　表　者　名

介護技術講習受講決定通知書

　貴殿は、下記のとおり、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第22条第４項に定める介護

技術講習の受講者として決定したので、通知します。

記

１．介護技術講習の名称

２．実施期日

３．実施場所

（様式６）

主任指導者養成講習修了者名簿（平成　　年度第　回分）

実施者名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了者番号 | 氏名 | 生年月日 | 受講開始年月日 | 受講修了年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（様式６－２）

指導者養成講習修了者名簿（平成　　年度第　回分）

実施者名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了者番号 | 氏名 | 生年月日 | 受講開始年月日 | 受講修了年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |