様式第１号（第２条関係）

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

申請者　住所（主たる事務所の所在地）

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

香川県認知症介護実践研修実施機関指定申請書

認知症介護実践研修実施機関の指定を受けたいので、香川県認知症介護実践研修等実施機関指定要綱第２条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 法人の主な事業内容 |  |
| 研修形式 | オンライン形式　・　集合形式　・　併用形式 |
| 研修に係る事業の開始予定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業実施に協力する認知症介護指導者名 |  |
| 集合形式の場合 | 研修を行う施設の名称及び所在地 |  |
| オンライン形式の場合 | 使用するＷｅｂ会議システム等 |  |

※併用形式の場合は両方に記載

添付書類

（１）誓約書（様式第２号）

（２）申請者の定款、寄付行為

（３）申請者の登記事項証明書

（４）申請書を提出する日の属する事業年度の前年度の申請者に関する事業報告書、

収支計算書、賃貸借対照表、財産目録その他経営の状況を明らかにするもの

（５）研修カリキュラム及び講師の氏名、履歴、担当科目

（研修をオンライン形式により実施する場合は、使用するＷｅｂ会議システム等の概要）

（６）研修事業計画及び研修スケジュール

研修の名称・課程、実施予定場所、研修期間、受講対象者、受講予定人数、

受講に要する費用、募集案内の方法等

（７）事業収支予算

（８）研修を運営する組織図・職員配置状況

（９）過去の福祉、介護に関する研修実績

（10）個人情報保護に関する規程

（11）その他指定に関し必要があると認める書類

様式第２号（第２条関係）

誓約書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

申請者　住所（主たる事務所の所在地）

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

　香川県認知症介護実践研修等実施機関の指定の申請に当たり、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱で示した指定の要件を満たしていることを誓約します。

様式第３号（第４条第１項関係）

第号

年月日

　　　　　　　　　　様

香川県知事

香川県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、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第４条第１項の規定に基づき、次のとおり指定します。

指定内容

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名（研修の種別） | 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） |
| 研修実施機関 | 名　　称 |  |
| 住所又は主たる事務所の所在地 |  |

※研修の実施に当たっては、国及び県の定めるところにより、適切に実施すること。

様式第４号（第５条関係）

第号

年月日

香川県知事　殿

住所

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

香川県認知症介護実践研修事業内容変更承認申請書

年　月　日付け　第　　　号で研修実施機関として申請した認知症介護実践研修事業について、下記のとおり変更したいので、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 |  |
| 変更事項 |  |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更理由 | 　　　　 |
| 変更時期 | 年　　　月　　日 |
| 添付資料 |  |

※変更内容が確認できる書類を添付すること。

様式第５号（第５条関係）

第号

年月日

香川県知事　殿

住所

法人名

代表者名

電話番号

　　　　担当者名

香川県認知症介護実践研修実施機関変更届出書

年　月　日付け　第　　　号で研修実施機関として指定を受けた認知症介護実践研修事業について、下記のとおり変更したいので、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項 |  |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更理由 | 　　　　 |
| 変更時期 | 年　　　月　　日 |
| 添付資料 |  |

※定款等変更内容が確認できる書類を添付すること。

様式第６号（第６条関係）

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

　住所

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

　　年度香川県認知症介護実践研修事業計画書

年　　月　　日付　　　号により指定を受けた認知症介護実践研修事業について、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第６条の規定に基づき、　　年度事業計画書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 法人の主な事業内容 |  |
| 研修形式 | オンライン形式　・　集合形式　・　併用形式 |
| 研修に係る事業の開始予定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業実施に協力する認知症介護指導者名 |  |
| 集合形式の場合 | 研修を行う施設の名称及び所在地 |  |
| オンライン形式の場合 | 使用するＷｅｂ会議システム等 |  |

※併用形式の場合は両方に記載

添付書類

（１）研修事業計画（参考様式１）及び研修スケジュール（参考様式２）

（２）実施要領等受講対象者に提示する書類

目的、実施主体、研修対象者、研修日程、研修場所、受講定員、受講に要する経費、申込み方法、受講決定、修了証書の交付等

（３）研修カリキュラム

（４）講師の氏名、履歴、担当科目及び承諾書

（研修をオンライン形式により実施する場合は、使用するＷｅｂ会議システム等の概要）

（５）事業収支予算（参考様式３）

（６）その他事業を計画するに当たって必要があると認める書類

様式第７号（第７条関係）

第号

年月日

香川県知事　殿

住所

法人名

代表者名

電話番号

　　　　担当者名

年度香川県認知症介護実践研修事業計画変更届出書

年　月　日付けで提出した年度香川県認知症介護実践研修事業計画書について、下記のとおり変更したいので、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第7条の規定に基づき、関係書類を添えて届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 |  |
| 変更事項 |  |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更理由 | 　　　　 |
| 変更時期 | 年　　　月　　日 |
| 添付資料 |  |

※変更内容が確認できる書類を添付すること。

様式第８号（第８条関係）

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

　住所

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

　香川県認知症介護実践研修事業廃止承認申請書

年　　月　　日付　　　号により指定を受けた認知症介護実践研修事業について、次のとおり廃止したいので、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第８条の規定に基づき、承認申請します。

１　廃止する理由

２　廃止時期

様式第９号（第１１条第１項関係）

第　　　　号

**修了証書**

氏 名

生年月日　　年　　月　　日

　あなたは、香川県知事の指定を受けて行う厚生労働省の定める

　　　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）　を修了したことを証します

　　年　　月　　日

（指定法人名）

（法人代表者名）　　　　　　　印

様式第10号（第11条第２項関係）

（指定研修実施機関名）

年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）修了者名簿

年度香川県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）修了者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証書番号 | 修了年月日 | 氏　　名 | 住　　所 | 生年月日 | 所属施設事業所名 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

様式第11号（第12条関係）

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

　住所

法人名

代表者名

電話番号

担当者名

　　年度香川県認知症介護実践研修事業実績報告書

年　　月　　日付　　　号により指定を受けた認知症介護実践研修事業について、次のとおり実施しましたので、香川県認知症介護実践研修実施機関指定要綱第12条の規定に基づき、　年度の事業実績報告書を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
| 研修形式 | オンライン形式　・　集合形式　・　併用形式 |
| 修了者数 |  |
| 研修開始年月日 |  |
| 研修修了年月日 |  |

添付書類

（１）研修スケジュール、カリキュラム

（２）研修を実施した施設の名称及び所在地

（３）講師の氏名、担当科目

（４）実施要領等受講対象者に提示した書類

（５）受講者に配布したテキスト、資料

（６）受講者数、修了者数

（７）修了者名簿

（８）収支決算書

（９）研修のアウトカム評価の結果

（10）その他必要と認められる書類