

介護員養成研修事業者指定申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電 話)

介護員養成研修事業者の指定を受けたいので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第2条の規定に基づき、次のとおり関係資料を添付の上申請します。

- 1 研修の課程 (通学・通信)
- 2 研修事業の拠点となる県内事業所の名称及び所在地
- 3 研修事業担当部署の名称、電話番号、メールアドレス、担当者名
- 4 研修責任者の氏名

[添付資料]

- (1) 学則 (別添様式2)
添付書類 ①研修カリキュラム (別添様式3又は4)
②総合生活支援技術演習計画書 (参考様式1) (介護職員初任者研修の場合のみ)
- (2) 研修日程表 (別添様式5又は6)
- (3) 実習実施計画書 (別添様式9)
- (4) 講師一覧 (別添様式13) 及び講師履歴 (別添様式14)
- (5) 各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書 (参考様式2) (講師本人の署名のあるもの)
- (6) 研修会場一覧 (別添様式2-2)、平面図及び写真
- (7) 使用備品一覧 (別添様式12)
- (8) 見学・実習施設一覧 (別添様式8) 及び見学・実習受入承諾書 (別添様式7) (見学・実習を行う場合のみ)
- (9) 事業開始年度及び次年度の収支計画書
- (10) 申請者の前年度の決算書
- (11) 申請者の事業概要及び組織図
- (12) 誓約書 (別添様式1)
- (13) 申請者の定款、寄附行為又はその他の規約及び登記事項証明書 (3ヶ月以内に発行されたもの)
- (14) 研修責任者の履歴 (任意様式)
- (15) 通信方式の場合通信添削課題、解答及び解説
- (16) 修了評価筆記試験問題及び解答
- (17) 技術演習に係る習得度評価チェックリスト
- (18) 修了証明書様式 (第6号様式、第6号様式の2)
- (19) 情報の開示を行うホームページを印刷したもの

様

鹿児島県知事

介護員養成研修事業者指定書

年 月 日付けで申請があった介護員養成研修事業者としての指定については、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条第1項第2号の規定により、下記のとおり指定します。

記

- 1 指定事業者名
- 2 研修の課程 (通学・通信)
- 3 指定年月日 年 月 日

様

鹿児島県知事

介護員養成研修事業者不指定通知書

年 月 日付けで申請があった介護員養成研修事業者指定申請については、下記のとおり指定しないこととしましたので通知します。

記

1 事業者名

2 研修の形式

3 理由

「鹿児島県介護員養成研修事業者指定要領」第1 () の条件を満たさないため。

介護員養成研修事業実施計画書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電 話)

介護員養成研修事業について、下記の事業計画により実施したいので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第4条の規定に基づき、関係資料を添えて提出します。

- 1 研修の名称
- 2 研修の課程 (通学・通信)
- 3 研修実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- 4 受講者定員 名

[添付資料]

- (1) 学則 (別添様式2)
添付書類 ①研修カリキュラム (別添様式3又は4)
②総合生活支援技術演習計画書 (参考様式1) (介護職員初任者研修の場合のみ)
- (2) 研修日程表 (別添様式5又は6)
- (3) 実習実施計画書 (別添様式9)
- (4) 講師一覧 (別添様式13) 及び講師履歴 (別添様式14)
- (5) 各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書 (参考様式2) (講師本人の署名のあるもの)
- (6) 申請者の前年度の決算書
- (7) 通信方式の場合通信添削課題、解答及び解説
- (8) 修了評価筆記試験問題及び解答
- (9) 技術演習に係る習得度評価チェックリスト
- (10) 募集広告、パンフレット等の案文

介護員養成研修事業変更届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電 話)

次の事項について変更したいので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第6条第1項の規定により届け出ます。

1 変更の内容

() 事業者に関する事項

() 研修内容に関する事項 研修日程 年 月 日～ 年 月 日

* 該当するほうに○を付けること。

変 更 前	変 更 後

2 変更の理由

3 変更の時期 年 月 日

4 添付書類

※変更事項に係る事業者指定申請書添付書類を添付すること。(例：実習施設の変更の場合は、変更後の「見学・実習受入承諾書」)

連絡先
担当部署
担当者名
電話番号

第()号

修了証明書

氏名

年 月 日生

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第3条第1項第1号口
に掲げる_____研修の課程を修了したことを証明する。

年 月 日

研修指定事業者名

代表者名 印

(役職・氏名及び代表者印)

(第6号様式の2)

第 () 号

修了証明書(携帯用)

氏名
年 月 日生

介護保険法施行令(平成10年政令第412号)
第3条第1項第1号口に掲げる_____研修の
課程を修了したことを証明する。

年 月 日

研修指定事業者名
代表者名 印
(役職・氏名及び代表者印)

介護員養成研修実績報告書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電 話)

次のとおり介護員養成研修が修了しましたので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第8条の規定により報告します。

1 研修の名称

2 研修の課程 (通学 ・ 通信)

4 研修会場

5 研修実施期間

年 月 日～ 年 月 日

6 受講者数・研修修了者数

受講者数 名

研修修了者数 名

未修了者数 名

〔内訳 辞退者 名(理由:)
補講対象者 名

7 研修修了者及び研修実施状況

添付資料のとおり

[添付資料]

- (1) 介護員養成研修修了者名簿 (第8号様式)
- (2) 受講者の出席簿 (参考様式3)
- (3) 通信添削指導実施確認書 (通信課程の場合) (別添様式11)
- (4) 実習修了確認書 (別添様式10)
- (5) 補講修了確認書 (別添様式17)
- (6) 講師出講確認書 (別添様式15)
- (7) 免除者に関する証明書類 (介護業務従事証明書) (別添様式16)

介護職員養成研修実績報告書（補講者追加報告用）

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業者
（所在地） 〒

（法人名）
（代表者名）
（電 話）

年 月 日付けで実績報告書を提出した介護職員養成研修の未修了者について、補講を行い修了しましたので次のとおり報告します。

- 1 研修の課程 (通学・通信)
- 2 研修会場
- 3 今回修了者 名 (別添名簿のとおり)
(全受講者数 名, 全修了者数 名, 現在未修了者数 名)

[添付資料]

- (1) 介護職員養成研修修了者名簿（第8号様式）
- (2) 受講者の出席簿（参考様式3）
- (3) 通信添削指導実施確認書（通信課程の場合）（別添様式11）
- (4) 実習修了確認書（別添様式10）
- (5) 補講修了確認書（別添様式17）
- (6) 免除者に関する証明書類（介護業務従事証明書）（別添様式16）

連絡先
担当部署
担当者名
電話番号

介護員養成研修事業 休止・再開 届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電話)

次のとおり研修事業を(休止・再開)したいので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第10条の規定により届け出ます。

- 1 研修の名称
- 2 研修の課程 _____ (通学 ・ 通信)
- 3 休止年月日又は再開年月日(休止の場合は、予定期間も記載すること。)

年 月 日

(休止予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

- 4 理 由
- 5 添付書類(再開の場合のみ)
・ 介護員養成研修実施計画書(第4号様式)

連絡先
担当部署
担当者名
電話番号

介護員養成研修事業廃止届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

事業者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名)
(電話)

次のとおり研修事業を廃止したいので、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱第11条の規定により届け出ます。

1 研修の課程 (通学・通信)

2 廃止年月日 年 月 日

3 理 由

4 修了者台帳の引き継ぎ先

名称
所在地
担当部署
電話番号

連絡先
担当部署
担当者名
電話番号

誓 約 書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者
事務所の所在地
名 称
代表者職・氏名

- 1 介護員養成研修事業者（ 課程）の指定申請を行うにあたり、鹿児島県初任者研修事業者指定要領第1第2号及び鹿児島県生活援助従事者研修事業者指定要領第1第2号の欠格要件に該当しないことを誓約します。
- 2 介護員養成研修事業者（ 課程）の指定を受けるにあたって、鹿児島県介護員養成研修事業者指定要綱、鹿児島県初任者研修事業者指定要領及び鹿児島県生活援助従事者研修事業者指定要領その他関係法令等を遵守することを誓約します。

12 使用テキスト (副教材も含む)	
13 研修修了の認定方法 (習得度評価方法含む)	
14 欠席者の取扱い(遅刻・早退の扱い含む) 補講の取扱い (実施方法及び費用等)	
15 科目免除の取扱いと その手続き方法	
16 解約条件及び 返金の有無	
17 情報開示の方法 (ホームページアドレス等)	
18 受講者の個人情報の 取扱い	
19 修了証明書を亡失・ き損した場合の取扱い	
20 その他研修実施に係る 留意事項	

研修会場一覧

事業者名 _____

研修課程 _____

	会場名 ----- 所在地	定員	(演習会場が異なる場合) 会場名	定員
		面積 (㎡)	----- 所在地	面積 (㎡)
		借上げ		借上げ
1				
2				
3				
4				
5				
6				

研修カリキュラム

事業者名 _____

研修事業の名称 _____

1 職務の理解 (時間)		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		
2 介護における尊厳の保持・自立支援 (時間)		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		

3 介護の基本（時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
合計		

4 介護・福祉サービスの理解と医療との連携（時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
合計		

5 介護におけるコミュニケーション技術（時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		
6 老化の理解（時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		

7 認知症の理解（ 時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	合計	
8 障害の理解（ 時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
	時間	
	合計	

9 こころとからだのしくみと生活支援技術（ 時間）

基本知識の学習	項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
		時間	
		時間	
		時間	
生活支援技術の講義・演習		時間	
		時間	

		時間	
		時間	
		時間	
生活支援技術演習		時間	
		時間	
実習		時間	
	合計		
10 振り返り (時間)			
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法	
	時間		
	合計		
全カリキュラム合計時間		時間	

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること。

研修カリキュラム

事業者名 _____

研修課程 _____

1 職務の理解 (時間)		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		
2 介護における尊厳の保持・自立支援 (時間)		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
	時間	
合計		

3 介護の基本（時間）		
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
	時間	
合計		

7 障害の理解（時間）			
項目名		時間数	講義内容及び演習の実施方法
		時間	
		時間	
		時間	
合計			
8 ころとからだのしくみと生活支援技術（時間）			
基本知識の学習	項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法
		時間	
		時間	
		時間	
生活支援技術の学習		時間	
		時間	

		時間	
生活 支援 技術 演習		時間	
		時間	
実習		時間	
	合計		
9 振り返り (時間)			
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法	

	時間	
合計		
全カリキュラム合計時間	時間	

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること。

カリキュラム(通信課程用)

事業者名 _____

研修事業の名称 _____

1 職務の理解 (時間)					
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法			
	時間				
	時間				
合計					
2 介護における尊厳の保持・自立支援 (時間)					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

3 介護の基本（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

4 介護・福祉サービスの理解と医療との連携（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

5 介護におけるコミュニケーション技術（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					
6 老化の理解（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

7 認知症の理解（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					
8 障害の理解（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
生活支援技術演習		時間				
		時間				
実習		時間				
	合計		(うち、通学 時間 通信 時間)			
10 振り返り (時間)						
	項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法			
		時間				
	合計					
	全カリキュラム合計時間	時間	(うち、通学 時間 通信 時間)			

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること

カリキュラム(通信課程用)

事業者名 _____

研修課程 _____

1 職務の理解 (時間)					
項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法			
	時間				
	時間				
合計					
2 介護における尊厳の保持・自立支援 (時間)					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

3 介護の基本（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

4 介護・福祉サービスの理解と医療との連携（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					
5 介護におけるコミュニケーション技術（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		

	時間	時間	時間		
合計					
6 老化と認知症の理解 (時間)					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間¥		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		

7 障害の理解（時間）					
項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
	時間	時間	時間		
合計					

8 こころとからだのしくみと生活支援技術（ 時間）

基本知識の学習	項目名	時間数	通学 時間数	通信 時間数	添削 課題 番号	講義内容及び演習の実施方法 通信課題の概要
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
生活支援技術の講義・演習		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		

		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
生活支援技術演習		時間				
		時間				
実習		時間				
	合計		(うち、通学 時間 通信 時間)			
9 振り返り (時間)						
	項目名	時間数	講義内容及び演習の実施方法			
		時間				
	合計					
	全カリキュラム合計時間	時間	(うち、通学 時間 通信 時間)			

※規定時間数以上のカリキュラムを組んでもかまわない。

※本研修で独自に追加した科目には、科目名の前に「追加」と表示すること

2 通信添削課題提出期限

提出回	科目番号/項目番号/項目名	提出期限	添削担当講師
第 回		年 月 日	
第 回		年 月 日	
第 回		年 月 日	
第 回		年 月 日	
第 回		年 月 日	
最終締切日		年 月 日	

見学・実習受入承諾書

年 月 日

(研修事業者名)様

(所在地) 〒

(法人名)

(代表者名)

(電話)

貴社(団体)の実施する_____研修の実習について、次の施設・事業所において受講者の受け入れを承諾します。

(見学) 受入時期 年 月～

施設名・事業所名	サービス種別	事業所番号	実習指導者名

(施設・居住系実習) 受入時期 年 月～

施設名・事業所名	サービス種別	事業所番号	実習指導者名

(通所事業所実習) 受入時期 年 月～

施設名・事業所名	サービス種別	事業所番号	実習指導者名

(訪問介護実習) 受入時期 年 月～

施設名・事業所名	サービス種別	事業所番号	実習指導者名

* 「施設名・事業所名」は当該サービス種別について介護保険法等関係法令によるサービス事業者の指定を受けている名称で記載し、それに係る事業所番号を記載する。

* 必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

見学・実習施設一覧

事業者名 _____

研修事業の名称 _____

(見学)

整理番号	運営主体 (法人名)	施設名・事業所名	サービス 種別	事業所番号	所在地
1					
2					

(施設・居宅系実習)

実習内容 (計画)					
整理番号	運営主体 (法人名)	施設名・事業所名	サービス 種別	事業所番号	所在地
1					
2					

(通所事業所実習)

実習内容 (計画)					
整理番号	運営主体 (法人名)	施設名・事業所名	サービス 種別	事業所番号	所在地
1					
2					

(訪問介護実習)

実習内容 (計画)					
整理番号	運営主体 (法人名)	施設名・事業所名	サービス 種別	事業所番号	所在地
1					
2					

* 「施設名・事業所名」は当該サービス種別について介護保険法等関係法令によるサービス事業者の指定を受けている名称で記載し、それに係る事業所番号を記載する。

* 見学以外については、実習先で予定している実習内容を「実習内容(計画)」欄に記載する。単なる見学ではなく、利用者と接して現場の業務を体感できる内容とすること。

* 必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

実 習 実 施 計 画 書

事業者名 _____

研修課程 _____

(実施方法)

--

1. 施設・居住系実習

実施期間	〇〇年〇月〇〇日～ 〇〇年〇月〇〇日			
時間数	時間× 日＝ 時間			
内容				
サービス種別	整理 番号	実 習 施 設 名	実習指導者名	実習者人数
				名 (1日 名)
				名 (1日 名)
				合 計 名

2. 通所事業所実習

実施期間	年 月 日～ 年 月 日			
時間数	時間× 日＝ 時間			
内容				
サービス種別	整理 番号	実 習 施 設 名	実習指導者名	実習者人数
				名 (1日 名)
				名 (1日 名)
				合 計 名

3. 訪問介護実習

実施期間	年 月 日～ 年 月 日			
時間数	時間× 日＝ 時間			
内容				
サービス種別	整理 番号	実 習 施 設 名	実習指導者名	実習者人数
				名 (1日 名)
				名 (1日 名)
				合 計 名

* 整理番号欄は、実習施設一覧の整理番号を記載する。

* 必要に応じて欄を加除して作成してかまわない。

* 「1 職務の理解」, 「10 振り返り」の「見学」は日程表の会場欄に見学先を記載すればよい。

使用備品一覧

事業者名 _____

研修課程 _____

備品名	台数	所有 / レンタル
ベッド		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
車いす		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
ポータブルトイレ		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
浴 槽		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
歩行器		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
つ え		所有 ・ レンタル ・ その他 ()
(その他)		

講 師 履 歴

年 月 日 現在

担当科目番号 /項目番号/ 項目名 (複数の科目・ 項目を担当する 場合は、全て記 入すること)			専任・兼任 (該当に○)
ふりがな 氏 名	生年月日		年 月 日
現在の所属・ 職及び業務内 容	所 属		
	職及び 業務内容	(年 月～)	
担当科目に関 係のある経歴	勤務先名称	担当業務(科目)内容	期 間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
担当科目に 関係のある 資格・免許	名 称		取得年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
そ の 他 参考事項			

* 担当科目に関係ある経歴欄は、講師基準を満たしていることがわかるように必要な事項を詳細に記入すること。

* 資格・免許の取得年月日欄は、必ず免許証等を確認の上、年月日まで正確に記入すること。

介護業務従事証明書

年 月 日

（研修事業者名） 様

施設・団体名

代表者氏名

施設種別

住 所 〒

電話番号

次の者は、以下のとおり介護業務の従事経験を有することを証明します。

（氏^{ふりがな}名）

（施設・団体名）

（従事職種・業務内容）

（就業期間） 年 月 日 ～ 年 月 日

（従事日数） 日間

* 「従事職種・業務内容」については、従事している業務内容を含めできるだけ具体的に記載してください。

補講修了確認書

事業者名

研修課程

受講者名	実施方法	補講実施日・時間 (レポート認定日)	科目番号/科目名 又は 科目・項目番号/項目名	講師名	講師署名 (自筆)
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			
	講義 レポート	年 月 日 : ~ :			

※他事業者で補講を実施した場合は、その事業者から受講証明書（受講者名、実施日時、科目名、事業者名等が記載されていること）を発行してもらい、その写しを添付する。

※レポートによる補講の場合は、レポート課題及び解答を添付する。

総合生活支援技術演習計画書

1 実施方法

2 演習実施会場

平面図（主な使用備品を配置し、施設、居室等を想定した会場の状況を平面図にしてください。）

会場の広さ：約 平方メートル



3 主な使用備品（数量）

- | | | | |
|-----------|---|------------|-----------|
| ・ベッド（電動等） | 台 | ・パジャマ、寝間着 | 各 着 |
| ・車いす | 台 | ・その他1（テレビ、 | ちゃぶ台、タンス等 |
| ・ポータブルトイレ | 台 | | ） |
| ・寝具 | 組 | ・その他2（タオル、 | 洗面器等 |
| | | | ） |

4 想定事例とタイムスケジュール

(1) 1グループあたりのタイムスケジュールについて

(2) 想定事例について

<想定事例1>

ア 事例内容（利用者のプロフィール（生活歴、家族歴、既往症など）、サービス提供の内容等）

イ 学習目標（学習するポイント）

<想定事例2>

ア 事例内容（利用者のプロフィール（生活歴、家族歴、既往症など）、サービス提供の内容等）

イ 学習目標（学習するポイント）

(3) 想定事例のタイムスケジュール

想定事例1（所要時間： 分 ）

想定事例2（所要時間： 分 ）

介護員養成研修（ 課程） 受講者出席簿

研修事業者名（ ） 研修会場（ ）
 年 月 日 ～ 年 月 日
 【研修実施期間】

番号	氏名	月 日（ ）		月 日（ ）		備 考										
		科目/ 項目名														
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

* 原則として、受講者本人が出席の署名をする。