様式１－１

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　 　　　　　　　 　　　　 団体名（法人名）

 　　　　　　　　　　　　代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

福祉用具専門相談員指定講習会指定申請書

　「福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱」に基づき指定を受けたいので申請します。

記

１．講習会の名称　　　　　・・・・・・・・・・・・・・・

２．事業所の所在地　　　　・・・・・・・・・・・・・・・

添付書類： （１）講習課程（カリキュラム）（様式１－２）

 （２）運営規定、受講料設定方法・改定方法

 （３）講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別

（様式１－３）

 （４）収支予算書（様式１－４）

 （５）定款その他の基本約款

 （６）年間事業計画（様式１－５）

 （７）時間割表（様式１－６）

 （８）承諾書（様式１－７）

　　　　　　(９) 協力保証書（様式１－８）

　　　　 （１０）誓約書（様式１－９）

　　　　 （１１）達成度測定に使用する問題と解答

（１２）前年度の決算書、申請者の概要及び資産状況

（１３）事業所の平面図、設置者の氏名（法人にあっては名称）、

　　　　利用計画、当該事業所の設置者承諾書

（１４）募集案内等受講希望者に提示する書類

　様式１－２

講習課程（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 教　　科　　名 | 内　　　　　容 |
| 福祉用具と福祉用具専門相談員の役割　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | 福祉用具の役割　　　　　　　（○時間） | ・福祉用具の定義や役割 |
| 福祉用具専門相談員の役割と職業倫理　　　　　　　　　　　　　　（○時間） | ・介護保険制度における福祉用具専門相談員の役割・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 介護保険制度等に関する基礎知識　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | 介護保険制度等の考え方と仕組み（○時間） | ・介護保険制度等の目的と仕組み・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
|  | 介護サービスにおける視点　　（○時間） | ・人権と尊厳の保持・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
|  |
| 高齢者と介護・医療に関する基礎知識　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | からだとこころの理解　　　　（○時間） | ・加齢に伴う心理機能の変化の特徴・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
|  | リハビリテーション　　　　　（○時間） | ・リハビリテーションの基礎知識・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
|  | 高齢者の日常生活の理解　　　（○時間） | ・高齢者の日常生活・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 介護技術　　　　　　　　　　（○時間） | ・日常生活動作における基本的な介護技術・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 住環境と住宅改修　　　　　　（○時間） | ・高齢者の住まい・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 個別の福祉用具に関する知識・技術　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | 福祉用具の特徴　　　　　　　（○時間） | ・福祉用具の種類、機能及び構造・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 福祉用具の活用　　　　　　　（○時間） | ・高齢者の状態像に応じた福祉用具の利用方法・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 福祉用具に係るサービスの仕組みと利用の支援に関する知識　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | 福祉用具の供給の仕組み　　　（○時間） | ・福祉用具の供給の流れ・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 福祉用具貸与計画等の意義と活用（○時間） | ・福祉用具貸与計画等の意義と目的・○○○○○○○○○○○○○○○○ |
| 福祉用具の利用の支援に関する総合演習　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（○時間） |
|  | 福祉用具による支援の手順と福祉用具貸与計画等の作成　　　　　　　（○時間） | ・事例（○○○○○○○○○○○○○○○○）事例に基づくアセスメント、利用目標の選定福祉用具の選定及び福祉用具貸与計画等の作成 |
| 合　　　　計 | ○○時間 |

様式１－３

講師履歴

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  　氏　　名 |  |  性　別 |  　男・女 |  |
|  　生年月日 |  　　　　年　　月　　日 |  年　齢 |  歳 |
|  自宅住所・電話番号 |  　　　　　　電話番号 |
| メールアドレス |  |
|  勤務先住所・電話番号 |  　　　　　　電話番号 |
|  担当科目 |  |  　専任・兼任の別 |
|  担当科目を選択した理由 （特に、資格、職歴、現職と関連させて、 　詳細に記入すること。） |  　専任・兼任 |
|  担当科目に 関連する資格 |  　　（　　年　月取得；資格番号等　　　　　　　　　　） |
|  （　　年　月取得；資格番号等　　　　　　　　　　） |
|  （　　年　月取得；資格番号等　　　　　　　　　　） |
|  担当科目に 関連する職歴 |  等学 の校 教・ 員専 ・門 講学 師校 |  　学　校　名 |  担　当　科　目 |  　　就　業　期　間 |
|  |  |  　　年　月　～　年　月 |
|  |  |  年　月　～　年　月 |
|  |  |  年　月　～　年　月 |
|  そ の 他 |  勤　務　先 |  業　務　内　容 |  就　業　期　間 |
|  |  |  年　月　～　年　月 |
|  |  |  年　月　～　年　月 |
|  |  |  年　月　～　年　月 |
|  現　　　　職 |  |
|  上記について相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日　　　　　　　（　講　師　名　）　  |

（注）１　各講師毎に作成すること。

　　　２　学校・専門学校等の教員の「担当科目」欄については、今回の担当科目との関連が分かるようにして記載してすること。

様式１－４

収支予算(決算）書

令和○○年度分

 （単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  　収　　　　支 |  　金　　額 |  　　算　　出　　内　　訳 |  備　　考 |  |
|  　収　　　　入 |  00,000,000 |  |  |
|  |  　受　講　料 |  00,000,000 |  @00,000円×00人×00回 |  |
|  　支　　　　出 |  00,000,000 |  |  |
|  |  　テキスト代 　講師謝金 　会場借料 　・・・・・ 　・・・・・ 　・・・・・ |  000,000 000,000 000,000 |  @0,000円×00人×00回 @0,000円×00時間×00回 @000,000円×00回 ・・・・・・・・・・・ ・・・・・・・・・・・ |  |
|  差し引き収支 |  000,000 |  |  |

様式１－５

（　講　習　会　名　）年間事業計画

１．実施年度　　　　令和　　年度

２．講習会計画一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 開催地 | 実施日時 | 予定受講者数 | 予定修了者数 |
| 第○回 | ○○県 | ○月○日～○月○日 | ○○名 | ○○名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 総計 |  |  |  |  |

様式１－６

令和　　年度　　第　　回（　講習会名　）時間割表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 時間 | 教科名 | 担当講師 |
| 　　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　月　　日 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（注）時間については休憩時間を除外して算定すること。

様式１－７

承　諾　書

貴団体の行う福祉用具専門相談員指定講習会の講師を、下記のとおり引き受けることを承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 担当時期 | 担当科目 |
|  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

住　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

名前

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メール

指定講習会実施団体名

　　　　　　　　　　　　殿

様式１－８

協力保証書

令和　年　月　日

　兵庫県知事　様

 （研修事業者）

　　　 　　　　　　　 　　　　　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

 （協力事業者）

　　　 　　　　　　　 　　　　　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

 協力事業者○○○○は、講習会実施事業者○○○○が行う下記福祉用具専門相談員指定講習会事業について、兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱に基づいた質の高い講習会事業を実施することを保証します。

　なお、講習会事業者○○○○○の講習会事業の継続が困難になった場合等には、協力事業者○○○○○が、責任を持って講習会事業を完了できるよう協力することを誓約します。

記

１　講習会事業名

２　実施主体

３　講習会事業の期間

　４　講習会事業の継続が困難になったとき、協力事業者が新たに受講料を徴収する場合の上限額

※　協力事業者は上記講習会実施事業者の指定申請時に、兵庫県において指定を受けることができる要件を具備している福祉用具専門相談員指定講習会実施事業者等であること。

※　４については、講習会受講者が徴収する受講料の２分の１を超える額を設定しないこと。

※　「事業の継続が困難になった場合等の効力」は、講習会受講者が受講料を振り込んだ時に発生し、講習会事業が完了するまでを言う。なお、講習会実施事業者が受講生に対する金銭債務を返済した場合にはこの限りではない。

様式１－９

令和　年　月　日

兵庫県知事　様

（研修事業者）

　　　 　　　　　　　 　　　　　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

誓　約　書

　私は、下記福祉用具専門相談員指定講習会事業を実施するにあたり、兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱を遵守し、質の高い講習会事業を実施することを誓約するとともに、知事が必要と認めるときは、要綱６（１）による事務所及び講習会実施場所の実地調査について全面的に協力します。

記

１　講習会事業名

２　実施主体

３　講習会事業の期間

様式２

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　 　　　　　　　 　申請者　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

福祉用具専門相談員指定講習会変更届出書

　「福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱」に基づき、次のとおり、指定講習会に変更があったので、関係書類を添えて届け出ます。

記

　（変更内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

　（変更時期）

　　令和　年　月　日

様式３

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

　　　 　　　　　　　 　申請者　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

福祉用具専門相談員指定講習会廃止届出書

　「福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱」に基づき、次のとおり、指定講習会を廃止したので、届け出ます。

記

１．講習会の名称

２．廃止年月日

３．廃止理由

様式５－１

令和　年　月　日

兵庫県知事　様

　　　 　　　　　 講習会実施者　 住所（主たる事務所の所在地）

 　　　　　　　　　　　　 団体名（法人名)

 　　　　　　　　　　　　 代表者名（職･氏名)

 電話（　　　）　　－　　　番

 電子ﾒｰﾙ

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会実績報告書

令和　年　月　日付け第　　　　号で指定を受けました兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会事業を下記のとおり実施しましたので、関係書類を添えて実績を報告します。

記

１　講習会事業の内容

（１）講習会名

（２）講習会事業の開催日時

（３）講習会事業の開催場所

（４）講習会事業の受講者数

（５）講習会事業の修了者数

２　添付書類

（１）講習課程（カリキュラム）（様式１－２）

（２）収支決算書（様式１－４）

（３）講習会時間割表（様式１－６）

（４）兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会修了者名簿（様式４）

（５）担当講師一覧（様式５－３）

様式５－２

（　講　習　会　名　）事業実績

１．指定年月日　　　　　令和　　年　　月　　日

２．実施年度　　　　　　令和　　年度

３．講習会実績一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 回数 | 開催地 | 実施日時 | 受講者数 | 修了者数 |
| 第○回 | ○○県～ | ○月○日～○月○日 | ○○名 | ○○名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 総計 |  |  |  |  |

様式５－３

福祉用具専門相談員指定講習会講師一覧

　　　　　　　１．実施年度　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　２．回数　　　　第　　　回

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当科目 | 講師名 | 現職 | 資格等 |
| 福祉用具の役割 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具専門相談員の役割と職業倫理 |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護保険制度等の考え方と仕組み |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護サービスにおける視点 |  |  |  |
|  |  |  |
| からだとこころの理解 |  |  |  |
|  |  |  |
| リハビリテーション |  |  |  |
|  |  |  |
| 高齢者の日常生活の理解 |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護技術 |  |  |  |
|  |  |  |
| 住環境と住宅改修 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の特徴 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の活用 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の供給の仕組み |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具貸与計画等の意義と活用 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具による支援の手順と福祉用具貸与計画等の作成 |  |  |  |
|  |  |  |

様式６

第　　　　　　号

令和　年　月　日

様

兵庫県知事　　○○　○○

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会指定通知書

令和　年　月　日付け第　　　　号で申請のありました下記　講習会事業名　　については、兵庫県福祉用具専門相談員指定要綱の規定に基づく福祉用具専門相談員指定講習会として指定しますので通知します。

記

１　講習会事業名

２　実施期間

３　実施場所

４　定員

５　注意事項

様式７

第　　　　　　号

令和　年　月　日

様

兵庫県知事　○○　○○

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習会申請却下通知書

令和　年　月　日付け第　　　　号で申請のありました　講習会事業名　　については、申請を却下しますので通知します。

記

１　講習会事業名

２　実施予定場所

３　実施予定期間

４　定員

５　申請却下理由

様式８

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

様

兵庫県知事　○○　○○

事業実績書補正指示書

令和　　年　　月　　日付け第　　　　　号で報告のあった下記　講習会事業名　について下記のとおり補正を指示します。

記

１　講習会事業名

２　実施場所

３　実施期間

４　補正指示事項