

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 () 一 番
電 子 メール

福祉用具専門相談員指定講習事業者指定申請書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、事業者指定を受けたいので申請します。

記

1 講習の名称 ・・・・・・・・・・・・

2 事業所の所在地 ・・・・・・・・・・・・

- 添付書類： (1) 講習課程 (様式 1-2)
(2) 運営規程
(3) 講師一覧 (様式 1-3)
(4) 講師の氏名、履歴及び担当科目 (様式 1-4)
(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 (様式 1-5)
(6) 講習事業を開始する年度の收支予算書 (様式 1-6)
(7) 前年度の決算書、申請者の概要及び資産状況
(8) 定款その他の基本約款
(9) 修了評価に使用する問題と解答
(10) 誓約書 (様式 1-7)
(11) 講習事業を開始する年度の年間事業計画書 (様式 3-2)

講習事務 担当者 連絡先	所属名		
	担当者		メール
	電話		

樣式 1 – 2

講習課程

様式 1－3

担当講師一覧表

No.	講師氏名	科目名	資格(取得年月日)
			略歴(経験年数)
			現在の職業(経験年数)
①	(例)兵庫 太郎	福祉用具と福祉用具専門相談員の役割 個別の福祉用具に関する知識・技術	介護福祉士(H14/3) 作業療法士(H24/3) 指定通所介護 ・介護職員 (8年5ヶ月) 重度訪問介護 ・訪問介護員 (8年3ヶ月) 介護老人福祉施設 勤務 ・介護職員(8年)
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			

※ 講師は、申請日現在で要件を満たす者とする。(ただし、次年度の事業者指定の申請、年間事業計画の届出又は変更を行う場合は、次年度の4月1日時点とすること。)

様式1-4

講 師 履 歴 書

氏名			生年月日	年 月 日
自宅住所	電話番号			
現在の勤務先と業務内容	勤務先名			
	所在地			
	業務内容	(年 月 ~ 現在)		
担当科目	1 (1)	福祉用具の役割	3 (4)	介護技術
	1 (2)	福祉用具専門相談員の役割と職業倫理	3 (5)	住環境と住宅改修
	2 (1)	介護保険制度等の考え方と仕組み	4 (1)	福祉用具の特徴
	2 (2)	介護サービスにおける視点	4 (2)	福祉用具の活用
	3 (1)	からだとこころの理解	4 (3)	福祉用具の安全利用とリスクマネジメント
	3 (2)	リハビリテーション	5 (1)	福祉用具の供給とサービスの仕組み
	3 (3)	高齢者の日常生活の理解	5 (2)	福祉用具による支援プロセスの理解・福祉用具貸与計画等の作成と活用
担当科目を選択した理由				
担当科目に 関連する 資格・免許	(年 月取得 ; 資格取得番号)			
	(年 月取得 ; 資格取得番号)			
職歴	学校の教員・専門学校等	学 校 名	担 当 科 目	就 業 期 間
				年 月 ~ 年 月
				年 月 ~ 年 月
				年 月 ~ 年 月
歴	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
上記の記載内容について相違ありません。				
令和 年 月 日		(講師名)		

※1 講師ごとに作成すること

※2 学校・専門学校等の教員の「担当科目」欄は、今回の担当科目との関連が分かるようにして記載すること。

※3 担当する科目の「科目番号」の前に○をつけること。

様式1－5

講 師 承 諾 書

貴団体の行う講習について、兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱を熟読し、自らの担当する科目及びその内容の講師要件を理解した上で、下記のとおり講師を引き受けることを承諾します。

科目番号・担当科目		
	1 (1)	福祉用具の役割
	1 (2)	福祉用具専門相談員の役割と職業倫理
	2 (1)	介護保険制度等の考え方と仕組み
	2 (2)	介護サービスにおける視点
	3 (1)	からだとこころの理解
	3 (2)	リハビリテーション
	3 (3)	高齢者の日常生活の理解
	3 (4)	介護技術
	3 (5)	住環境と住宅改修
	4 (1)	福祉用具の特徴
	4 (2)	福祉用具の活用
	4 (3)	福祉用具の安全利用とリスクマネジメント
	5 (1)	福祉用具の供給とサービスの仕組み
	5 (2)	福祉用具による支援プロセスの理解・福祉用具貸与計画等の作成と活用

※ 担当する科目の「科目番号」の前に○をつけること。

令和 年 月 日

住 所 _____
名 前 _____
電 話 番 号 _____
電 子 メ ー ル _____

講習実施団体名 _____ 殿

様式 1-6

收支予算(決算) 書

令和〇〇年度分

(単位: 円)

取 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		

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 () 一 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事業者指定要綱を遵守し、質の高い講習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9（1）による事務所及び講習実施場所の実地調査について全面的に協力します。

記

- 1 講習の名称
- 2 実施主体

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 () ー 番
電 子 メール

福祉用具専門相談員指定講習事業者廃止届出書

年 月 日付け 第 号で指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者指定を下記のとおり廃止したいので届け出ます。

記

- 1 講習の名称
- 2 事業者指定番号
- 3 廃止時期 年 月 日
- 4 廃止理由
- 5 事業担当者連絡先 担当者 (部署)
(氏名)
電話
メール

樣式 3 - 1

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

届出者 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 () 一 番
電 子 メール

福祉用具専門相談員指定講習年間事業計画届出書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記講習について、別添「年間事業計画書」のとおり実施いたしますので届け出ます。

記

1. 講習事業年度

2. 開催予定回数

添付書類： (1) 年間事業計画書（様式3-2）
(2) 運営規程
(3) 講習ごとの時間割表（様式3-3）
(4) 講師一覧（様式1-3）
(5) 事業実施年度の収支予算書（様式1-6）
(6) 事業所（講習を行う教室）の平面図及び設置者の氏名（法人にあっては、
名称）並びに利用計画及び当該事業所の設置者の承諾書
(7) 募集案内等（受講希望者に提示する書類）

講習事務 担当者 連絡先	所属名			
	担当者			メール
	電話			

様式 3－2

年度福祉用具専門相談員指定講習年間事業計画書

法人・団体名	
提出理由	1 新規提出 2 講習の追加 () 3 内容の変更 ()

回数	講習名	実施場所 (市区町名)	実施期間	定員	受講料 (総額)	備考
第○回	○月コース	○市	○月○日～○月○日 (うち○日間)	○名	○円	
総計						

※1 4月～翌3月に開講予定の全ての講習について記載すること。記載する行が不足するときは、行を追加すること。

※2 実施場所：講義、演習（実習）の主な実施場所の市区町名を記載する。

※3 受講料：テキスト代、消費税を含めた総額を記載する。

※4 講習の追加を行う場合は、備考欄にその旨を記載する。

※5 内容の変更を行う場合は、変更後の内容を記載することとし、備考欄に「変更」と明記すること。

様式 3-3

令和 年度 第 回 (講習名) 時間割表

日時	時間	教科名	担当講師
○月○日			
○月○日			
○月○日			
○月○日			
○月○日			
○月○日			

※ 時間については休憩時間を除外して算定すること。

様式4

令和 年 月 日

兵庫県知事様

届出者 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廃止届出書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記のとおり講習事業を廃止したいので届け出ます。

記

- 1 講習の名称
- 2 廃止時期 年 月 日
- 3 廃止理由
- 4 代替措置等 (すでに受講申込を受けた方に対する返金、代替講習の斡旋等の措置を具体的に記載すること。)

様式5

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

届出者 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変更届出書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記のとおり変更があったので、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

(添付書類)

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習修了者名簿

実施年度	年度	
		事業者名
		事業者所在地
		代表者名
		担当者名
		電話番号

□ 受講生に対して、修了者名簿の記載内容に相違ないこと及び受講生本人であることの確認を行ったことを証明する

※確認後、□欄に☑をいれて提出すること

様式 7

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

講習実施者 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事業報告書

兵庫県福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱に基づき、下記のとおり講習事業を実施しましたので、関係書類を添えて実績を報告します。

記

1 講習事業の内容

- (1) 講習の名称
- (2) 講習事業の開催日時
- (3) 講習事業の開催場所
- (4) 講習事業の受講者数
- (5) 講習事業の修了者数

2 添付書類

- (1) 講習課程 (カリキュラム) (様式 1-2)
- (2) 事業実施年度の収支決算書 (様式 1-6)
- (3) 講習ごとの時間割表 (様式 3-3)
- (4) 兵庫県福祉用具専門相談員指定講習修了者名簿 (様式 6)

様式8

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事業者指定通知書

令和 年 月 日付け第 号で申請のありました福祉用具専門相談員指定講習事業者指定申請について、下記のとおり指定しますので通知します。

記

- 1 講習事業名
- 2 指定年月日
- 3 事業者名
- 4 事業者指定番号