

高知県介護員養成研修実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p>第1章 総則 ～ 第4章 雑則 略</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日) 第1条 この要綱は、平成31年3月22日から施行する。 2 「高知県介護職員初任者研修事業実施要綱」(平成25年4月1日施行。以下「旧要綱」という。)は、廃止する。</p> <p>(経過措置) 第2条 この要綱の施行の際、旧要綱に基づき現に実施されている研修事業については、なお従前の例によることができるものとする。</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日) 第1条 この要綱は、令和2年4月8日から施行する。</p> <p>(令和2年度の特例) 第2条 令和2年度においては、新型コロナウイルス感染の対応など、特別な事情による場合は、第6条に定める1年6か月以内を、2年以内と読み替えることができるものとする。</p> <p><u>附 則</u> <u>(施行期日)</u> <u>第1条 この要綱は、令和3年9月1日から施行する。</u></p> <p>別紙1 研修科目及び研修時間数 ～ 別紙6 実習先一覧 略</p> <p>様式 第1号 介護員養成研修事業者指定申請書 略</p> <p>様式 第1-2号 学則 ～ 第1-10号 通信実施方法 略</p>	<p>第1章 総則 ～ 第4章 雑則 略</p> <p>附則</p> <p>(施行期日) 第1条 この要綱は、平成31年3月22日から施行する。 2 「高知県介護職員初任者研修事業実施要綱」(平成25年4月1日施行。以下「旧要綱」という。)は、廃止する。</p> <p>(経過措置) 第2条 この要綱の施行の際、旧要綱に基づき現に実施されている研修事業については、なお従前の例によることができるものとする。</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日) 第1条 この要綱は、令和2年4月8日から施行する。</p> <p>(令和2年度の特例) 第2条 令和2年度においては、新型コロナウイルス感染の対応など、特別な事情による場合は、第6条に定める1年6か月以内を、2年以内と読み替えることができるものとする。</p> <p>別紙1 研修科目及び研修時間数 ～ 別紙6 実習先一覧 略</p> <p>様式 第1号 介護員養成研修事業者指定申請書 略</p> <p>様式 第1-2号 学則 ～ 第1-10号 通信実施方法 略</p>

介護員養成研修事業に係る変更届出書

年 月 日

高知県知事 様

所在地
事業者名
代表者名
事業所番号

下記のとおり、介護員養成研修事業の指定の内容を変更しましたので、届け出ます。
記

1 研修課程 課程（ 通学 ・ 通信 ）

2 変更年月日 年 月 日

3 変更内容

番号	変更があった項目	変更の内容
1	研修課程	(変更前)
2	事業所の所在地	
3	定款その他の基本約款	
4	登記事項	
5	研修担当者の人員体制（組織図）	
6	学則	
7	研修カリキュラム	
8	講師一覧表	
9	講師履歴書及び就任承諾書	(変更後)
10	実習施設一覧表及び実習施設承諾書	
11	通信実施方法	
12	講義室及び演習室の会場見取図（配置図）	
13	実技又は修了評価の方法	
14	研修カードの様式	
15	修了証明書の様式	
16	情報の開示体制が確認できる書類	
17	指定研修の指定内容	

※該当する項目番号に○を付してください。
※変更内容が分かる書類を添付してください。

介護員養成研修事業に係る変更届出書

年 月 日

高知県知事 様

所在地
事業者名
代表者名
事業所番号



下記のとおり、介護員養成研修事業の指定の内容を変更しましたので、届け出ます。
記

1 研修課程 課程（ 通学 ・ 通信 ）

2 変更年月日 年 月 日

3 変更内容

番号	変更があった項目	変更の内容
1	研修課程	(変更前)
2	事業所の所在地	
3	定款その他の基本約款	
4	登記事項	
5	研修担当者の人員体制（組織図）	
6	学則	
7	研修カリキュラム	
8	講師一覧表	
9	講師履歴書及び就任承諾書	(変更後)
10	実習施設一覧表及び実習施設承諾書	
11	通信実施方法	
12	講義室及び演習室の会場見取図（配置図）	
13	実技又は修了評価の方法	
14	研修カードの様式	
15	修了証明書の様式	
16	情報の開示体制が確認できる書類	
17	指定研修の指定内容	

※該当する項目番号に○を付してください。
※変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第3号（第12条関係）

介護員養成研修事業廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号

年 月 日付で指定を受けた介護員養成研修事業を廃止（休止・再開）しましたので届け出ます。

記

課程及び形式	課程（通学・通信）
廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
【休止の場合】 休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日
【廃止の場合】 修了者名簿の管理者	事業者名： 所在地： 電話番号：

様式第3号（第12条関係）

介護員養成研修事業廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号



年 月 日付で指定を受けた介護員養成研修事業を廃止（休止・再開）しましたので届け出ます。

記

課程及び形式	課程（通学・通信）
廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
【休止の場合】 休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日
【廃止の場合】 修了者名簿の管理者	事業者名： 所在地： 電話番号：

様式第4号（第13条関係）

介護員養成研修指定申請書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号

高知県介護員養成研修事業実施要綱第13条の規定に基づき研修事業を実施したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 研修の名称
- 2 課程及び形式 研修課程（通学・通信）
- 3 研修の期間 年 月 日～ 年 月 日
(募集開始予定日 年 月 日)
- 4 定 員 名
- 5 関係書類（※添付している書類にチェック）
 - 研修日程表（様式第4-2号）
 - 科目別レポート提出期限（様式第4-3号）
【※通信の方法によって行う場合のみ】
 - 実習施設使用承諾書（様式第4-4号）
【※実習を行う場合のみ】
 - 借り上げた講義室・演習室の使用承諾書（様式第4-5号）
【※借り上げた場合のみ】
 - 実技演習で使用する備品一覧（様式第4-6号）
 - 重要事項説明書
 - 研修事業予算書
 - その他

様式第4号（第13条関係）

介護員養成研修指定申請書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号



高知県介護員養成研修事業実施要綱第13条の規定に基づき研修事業を実施したいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 研修の名称
- 2 課程及び形式 研修課程（通学・通信）
- 3 研修の期間 年 月 日～ 年 月 日
(募集開始予定日 年 月 日)
- 4 定 員 名
- 5 関係書類（※添付している書類にチェック）
 - 研修日程表（様式第4-2号）
 - 科目別レポート提出期限（様式第4-3号）
【※通信の方法によって行う場合のみ】
 - 実習施設使用承諾書（様式第4-4号）
【※実習を行う場合のみ】
 - 借り上げた講義室・演習室の使用承諾書（様式第4-5号）
【※借り上げた場合のみ】
 - 実技演習で使用する備品一覧（様式第4-6号）
 - 重要事項説明書
 - 研修事業予算書
 - その他

様式 第4-2号 研修日程表 ～ 様式 第4-6号 実技演習で使用する備品一覧 略

様式 第5号 修了証明書 ～ 第5-2号 修了証明書（携帯用）略

様式第6号（第20条関係）

介護員養成研修事業報告書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号

高知県介護員養成研修事業実施要綱第20条の規定に基づき、下記の研修に係る事業報告を関係書類を添えて提出します。

記

- 1 課程及び形式 課程（通学・通信）
- 2 研修番号
- 3 研修の名称
- 4 研修の期間 年 月 日～ 年 月 日
- 5 受講者及び修了者
(1) 受講者 名
(2) 修了者 名
(3) 未修了者 名（内訳：辞退者 名、補講者： 名）

- 6 関係書類
 介護員養成研修修了者名簿（様式第6-2号）及びその電磁的記録
 研修カードの写し
 その他

※修了後1ヶ月を経過している場合は、遅延理由書を添付すること。

様式 第4-2号 研修日程表 ～ 様式 第4-6号 実技演習で使用する備品一覧 略

様式 第5号 修了証明書 ～ 第5-2号 修了証明書（携帯用）略

様式第6号（第20条関係）

介護員養成研修事業報告書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号



高知県介護員養成研修事業実施要綱第20条の規定に基づき、下記の研修に係る事業報告を関係書類を添えて提出します。

記

- 1 課程及び形式 課程（通学・通信）
- 2 研修番号
- 3 研修の名称
- 4 研修の期間 年 月 日～ 年 月 日
- 5 受講者及び修了者
(1) 受講者 名
(2) 修了者 名
(3) 未修了者 名（内訳：辞退者 名、補講者： 名）

- 6 関係書類
 介護員養成研修修了者名簿（様式第6-2号）及びその電磁的記録
 研修カードの写し
 その他

※修了後1ヶ月を経過している場合は、遅延理由書を添付すること。

様式第7号 (第22条関係)

介護員養成研修修了証明書書換・再交付報告書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号

高知県介護員養成研修事業実施要綱第22条の規定に基づき、下記のとおり修了証明書の書換・再交付報告書を提出します。

記

1	氏名 (フリガナ) ※	
2	修了証明書番号	
3	生年月日	
4	研修番号	
5	修了年月日	
6	書換・再交付年月日	
7	書換・再交付理由	

※結婚等による名字の変更の場合は、旧姓も記入

様式第7号 (第22条関係)

介護員養成研修修了証明書書換・再交付報告書

年 月 日

高知県知事 殿

所在地
事業者名
代表者名
事業者番号



高知県介護員養成研修事業実施要綱第22条の規定に基づき、下記のとおり修了証明書の書換・再交付報告書を提出します。

記

1	氏名 (フリガナ) ※	
2	修了証明書番号	
3	生年月日	
4	研修番号	
5	修了年月日	
6	書換・再交付年月日	
7	書換・再交付理由	

※結婚等による名字の変更の場合は、旧姓も記入

介護員養成研修修了証明書等交付申請書

年 月 日

高知県知事 様

(介護職員初任者 ・ 生活援助従事者) 研修課程の全科目を免除されていますので、修了証明書等を交付して下さるよう申請します。

申請者					
氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	(電 話) (F A X)			【取得年月日】	年 月 日

申請者の介護業務従事 (予定) 先記入欄

上記の者は、介護業務に従事している (する予定である) ことを証明します。

年 月 日

高知県収入証紙貼付欄

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

所在地 _____

電話番号 _____

※看護師、准看護師、保健師、助産師の免許証、実務者研修、初任者研修等の修了証明書の原本を添付すること。

介護員養成研修修了証明書等交付申請書

年 月 日

高知県知事 様

(介護職員初任者 ・ 生活援助従事者) 研修課程の全科目を免除されていますので、修了証明書等を交付して下さるよう申請します。

申請者					
氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		資格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	(電 話) (F A X)			【取得年月日】	年 月 日

申請者の介護業務従事 (予定) 先記入欄

上記の者は、介護業務に従事している (する予定である) ことを証明します。

年 月 日

高知県収入証紙貼付欄

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

所在地 _____

電話番号 _____

※看護師、准看護師、保健師、助産師の免許証、実務者研修、初任者研修等の修了証明書の原本を添付すること。

実習免除願兼介護業務従事証明書

年 月 日

(研修事業者名) 様

研修課程の実習について免除をしていただきたく、以下のとおり願います。

受講者番号 :
氏 名 :
住 所 :
電 話 番 号 :

介護業務従事証明書 (※従事先記入欄)

上記の者は、当該事業所における介護業務の従事経験を有することを証明します。

年 月 日

事業所名 _____
代表者名 _____ 印
所在地 _____
電話番号 _____

1 従事期間及び従事日数

年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

2 従事職種及び業務内容 (具体的に記載)

実習免除願兼介護業務従事証明書

年 月 日

(研修事業者名) 様

研修課程の実習について免除をしていただきたく、以下のとおり願います。

受講者番号 :
氏 名 :
住 所 :
電 話 番 号 :

印

介護業務従事証明書 (※従事先記入欄)

上記の者は、当該事業所における介護業務の従事経験を有することを証明します。

年 月 日

事業所名 _____
代表者名 _____ 印
所在地 _____
電話番号 _____

1 従事期間及び従事日数

年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

2 従事職種及び業務内容 (具体的に記載)