

新	旧
<p style="text-align: center;">山口県介護員養成研修事業者指定基準</p> <p>山口県介護員養成研修事業者指定要綱(以下「要綱」という。)第2条及び第22条第1項の規定に基づき、介護員養成研修事業者の指定基準を次のとおり定める。</p> <p>第1章 総則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業者 (略)</li> <li>2 学則 (略)</li> <li>3 受講者・募集等 (略)</li> <li>4 研修会場等 (略)</li> <li>5 備品等 (略)</li> <li>6 情報の開示 (略)</li> <li>7 修了証明書の交付等 (略)</li> <li>8 受講時等の本人確認 (略)</li> <li>9 研修責任者 (略)</li> <li>10 事業者の指定申請 (略)</li> <li>11 研修の指定申請 (略)</li> <li>12 指定の変更の届出 (略)</li> <li>13 研修実施計画書の届出 (略)</li> <li>14 研修実施計画書の変更及び休講の届出 (略)</li> <li>15 実績報告書の提出 (略)</li> <li>16 事業の休止及び再開の届出 (略)</li> <li>17 事業廃止の届出 (略)</li> </ol>	<p style="text-align: center;">山口県介護員養成研修事業者指定基準</p> <p>山口県介護員養成研修事業者指定要綱(以下「要綱」という。)第2条及び第22条第1項の規定に基づき、介護員養成研修事業者の指定基準を次のとおり定める。</p> <p>第1章 総則</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業者 (略)</li> <li>2 学則 (略)</li> <li>3 受講者・募集等 (略)</li> <li>4 研修会場等 (略)</li> <li>5 備品等 (略)</li> <li>6 情報の開示 (略)</li> <li>7 修了証明書の交付等 (略)</li> <li>8 受講時等の本人確認 (略)</li> <li>9 研修責任者 (略)</li> <li>10 事業者の指定申請 (略)</li> <li>11 研修の指定申請 (略)</li> <li>12 指定の変更の届出 (略)</li> <li>13 研修実施計画書の届出 (略)</li> <li>14 研修実施計画書の変更及び休講の届出 (略)</li> <li>15 実績報告書の提出 (略)</li> <li>16 事業の休止及び再開の届出 (略)</li> <li>17 事業廃止の届出 (略)</li> </ol>

第2章 介護職員初任者研修課程

- 18 研修の履修期間 (略)
- 19 研修科目及び研修時間数等 (略)
- 20 講義・演習 (略)
- 21 実習 (略)
- 22 使用教材 (略)
- 23 講師 (略)
- 24 科目の免除 (略)
- 25 研修の一体的な実施 (略)
- 26 修了評価 (略)
- 27 通信形式 (略)
- 28 補講 (略)

第3章 生活援助従事者研修課程

- 29 研修の履修期間 (略)
- 30 研修科目及び研修時間数等 (略)
- 31 講義・演習 (略)
- 32 実習 (略)
- 33 使用教材 (略)
- 34 講師 (略)
- 35 科目の免除 (略)
- 36 研修の一体的な実施 (略)
- 37 修了評価 (略)
- 38 通信形式 (略)
- 39 補講 (略)
- 附 則 (略)

第2章 介護職員初任者研修課程

- 18 研修の履修期間 (略)
- 19 研修科目及び研修時間数等 (略)
- 20 講義・演習 (略)
- 21 実習 (略)
- 22 使用教材 (略)
- 23 講師 (略)
- 24 科目の免除 (略)
- 25 研修の一体的な実施 (略)
- 26 修了評価 (略)
- 27 通信形式 (略)
- 28 補講 (略)

第3章 生活援助従事者研修課程

- 29 研修の履修期間 (略)
- 30 研修科目及び研修時間数等 (略)
- 31 講義・演習 (略)
- 32 実習 (略)
- 33 使用教材 (略)
- 34 講師 (略)
- 35 科目の免除 (略)
- 36 研修の一体的な実施 (略)
- 37 修了評価 (略)
- 38 通信形式 (略)
- 39 補講 (略)
- 附 則 (略)

附 則

(施行期日)

1 この基準は、令和2年10月30日から施行する。

(経過措置)

2 当分の間、この基準の改正前の様式による申請・届出を受け付けるものとする。

<別紙1～15> (略)

<別添様式1> 表面

別添様式1

誓約書

平成 年 月 日

山口県知事 様

申請者  
(所在地) 〒

(事業者名)  
(代表者名)  
(電 話)

1 指定申請を行うにあたり、山口県介護員養成研修事業者指定要綱第5条第2項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の指定を受けるにあたって、山口県介護員養成研修事業者指定要綱、山口県介護員養成研修事業者指定基準その他関係法令等を遵守することを誓約します。

(新設)

<別紙1～15> (略)

<別添様式1>

別添様式1

誓約書

平成 年 月 日

山口県知事 様

申請者  
(所在地) 〒

(事業者名)  
(代表者名)  
(電 話)

印

1 指定申請を行うにあたり、山口県介護員養成研修事業者指定要綱第5条第2項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の指定を受けるにあたって、山口県介護員養成研修事業者指定要綱、山口県介護員養成研修事業者指定基準その他関係法令等を遵守することを誓約します。

<別添様式1> 裏面 (略)

<別添様式2～6> (略)

<別添様式7>  
別添様式7

実習受入承諾書

年 月 日

( 研修事業者名 ) 様

(承諾者)  
所在地  
名称  
代表者職名  
代表者氏名

貴事業者が実施する介護員養成研修受講生の実習受入について、下記のとおり承諾します。

記

科目名			
施設等(サービ ス)の種別			
施設等の名称			
開設年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
所在地			
受入期間	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
受入人数			
受入条件			
実習受入担当者名			

※記の表中「受入条件」欄には、受入条件(1日5人など)を記入すること。  
※承諾者は、実習受入について承諾権限のある者とする。

<別添様式1> 裏面 (略)

<別添様式2～6> (略)

<別添様式7>  
別添様式7

実習受入承諾書

年 月 日

( 研修事業者名 ) 様

(承諾者)  
所在地  
名称  
代表者職名  
代表者氏名

印

貴事業者が実施する介護員養成研修受講生の実習受入について、下記のとおり承諾します。

記

科目名			
施設等(サービ ス)の種別			
施設等の名称			
開設年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
所在地			
受入期間	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
受入人数			
受入条件			
実習受入担当者名			

※記の表中「受入条件」欄には、受入条件(1日5人など)を記入すること。  
※承諾者は、実習受入について承諾権限のある者とする。  
(承諾者が法人の場合は、法人代表者印を押印すること。)



<別添様式16> 1枚目

注：看護師、准看護師又は保健師の資格を有する方は、看護師等の免許証をもって、介護員養成研修の修了証明書に代える取り扱いとなりました。

別添様式16

介護員養成研修修了証明申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者	住 所	〒
氏 名	ふりがな	※自署のこと
生年月日	年 月 日	
電 話		

私が、下記により介護員養成研修を修了した者とみなされるものであることを証明願います。

記

修了したとみなす課程	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修課程 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修課程	
介護員養成研修修了者とみなすことができる理由	保有資格	看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師
	上記資格に関する業務の従事経験	
	過去に受けた研修等	
訪問介護員として勤務する（予定）の事業所	所在地	郵便番号
	名 称	(電話 )
(山口県収入証紙(700円分)貼付欄) ※ 消印はしないこと。		

- 注
- 「保有資格」欄は、該当するものを○で囲むこと。
  - 「上記資格に関する業務の従事経験」欄は、従事した施設名、職種、期間等を具体的に記入すること。
  - 「過去に受けた研修等」欄は、公的団体等が実施する介護業務等に関する研修の受講経験について記入すること。
  - 「訪問介護員として勤務する（予定）の事業所」欄は、具体的な事業所名を記入すること。

- 添付資料
- 保有資格の免許状等の写し
  - 実務経験申告書

<別添様式16> 1枚目

注：看護師、准看護師又は保健師の資格を有する方は、看護師等の免許証をもって、介護員養成研修の修了証明書に代える取り扱いとなりました。

別添様式16

介護員養成研修修了証明申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号  
申請者 住 所  
氏 名  
(生年月日 年 月 日)  
(電話 )

私が、下記により介護員養成研修を修了した者とみなされるものであることを証明願います。

記

修了したとみなす課程	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修課程 <input type="checkbox"/> 生活援助従事者研修課程	
介護員養成研修修了者とみなすことができる理由	保有資格	看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師
	上記資格に関する業務の従事経験	
	過去に受けた研修等	
訪問介護員として勤務する（予定）の事業所	所在地	郵便番号
	名 称	(電話 )
(山口県収入証紙(700円分)貼付欄) ※ 消印はしないこと。		

- 注
- 「保有資格」欄は、該当するものを○で囲むこと。
  - 「上記資格に関する業務の従事経験」欄は、従事した施設名、職種、期間等を具体的に記入すること。
  - 「過去に受けた研修等」欄は、公的団体等が実施する介護業務等に関する研修の受講経験について記入すること。
  - 「訪問介護員として勤務する（予定）の事業所」欄は、具体的な事業所名を記入すること。

- 添付資料
- 保有資格の免許状等の写し
  - 実務経験申告書

<別添様式16> 2枚目

実務経験申告書

年 月 日

山口県知事

様

申請者	住 所	〒
	ふりがな 氏 名	※自署のこと
	生年月日	年 月 日
	電 話	

私の看護師・准看護師・保健師・在宅福祉サービス等の実務経験について、以下のとおり申告します。

施設又は事業所の名称及び所在地	1	(所在地)	
		(名 称)	
2	(所在地)		
	(名 称)		
業務期間	1	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月 )	
	2	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月 )	
業務内容	業務の内容	勤務形態	期 間
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日

- 注 1 申告書の作成日現在の状況を記入すること。  
2 「勤務形態」欄には、常勤、非常勤又は登録の別及び1月平均勤務日数のおよその日数を記入すること。

<別添様式16> 2枚目

実務経験申告書

年 月 日

山口県知事

様

申請者氏名

(電話

印)

私の看護師・准看護師・保健師・在宅福祉サービス等の実務経験について、以下のとおり申告します。

施設又は事業所の名称及び所在地	1	(所在地)	
		(名 称)	
2	(所在地)		
	(名 称)		
業務期間	1	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月 )	
	2	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月 )	
業務内容	業務の内容	勤務形態	期 間
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日
			年 月 日 ～ 年 月 日

- 注 1 申告書の作成日現在の状況を記入すること。  
2 「勤務形態」欄には、常勤、非常勤又は登録の別及び1月平均勤務日数のおよその日数を記入すること。

<別添様式 1 7～1 9>、<参考様式 1> (略)

<参考様式 2>

参考様式 2

### 介護業務従事証明書

(研修事業者名) 様 年 月 日

法人・団体名  
施設・事業所名  
代表者又は施設長の職・名

下記の者は、以下の通り、介護等の業務に従事して (いる・いた) ことを証明します。

○従事者

従事者名		生年 月日	年 月 日生
------	--	----------	--------

○従事施設・事業所

運営主体	
施設・事業所名	
所在地	
電話番号	
施設・事業種別 (病院の場合、療 養病棟等の区分)	

○従業期間等

雇用形態	1 常勤 2 非常勤 3 その他 ( )
職種	1 介護職員 2 その他 ( )
従業期間	年 月 日 ~ 年 月 日
従事日数	介護等の業務に従事した日数 ( 日)

※介護等の業務とは、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和 63 年 2 月 12 日付け社庶第 29 号)及び「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和 63 年 2 月 12 日付け社庶第 30 号)に定められた業務をいう。

<別添様式 1 7～1 9>、<参考様式 1> (略)

<参考様式 2>

参考様式 2

### 介護業務従事証明書

(研修事業者名) 様 平成 年 月 日

法人・団体名  
施設・事業所名  
代表者又は施設長の職・名

印

下記の者は、以下の通り、介護等の業務に従事して (いる・いた) ことを証明します。

○従事者

従事者名		生年 月日	年 月 日生
------	--	----------	--------

○従事施設・事業所

運営主体	
施設・事業所名	
所在地	
電話番号	
施設・事業種別 (病院の場合、療 養病棟等の区分)	

○従業期間等

雇用形態	1 常勤 2 非常勤 3 その他 ( )
職種	1 介護職員 2 その他 ( )
従業期間	年 月 日 ~ 年 月 日
従事日数	介護等の業務に従事した日数 ( 日)

※介護等の業務とは、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和 63 年 2 月 12 日付け社庶第 29 号)及び「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和 63 年 2 月 12 日付け社庶第 30 号)に定められた業務をいう。