

(様式1)

茨城県地域介護ヘルパー養成研修 指定申請書

第 号
令和 年 月 日

茨城県知事 殿

申請者 郵便番号
所在地
名称
代表者
担当者
電話
ファクス
Eメール

茨城県地域介護ヘルパー養成研修の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 研修事業名称
- 2 研修実施場所
- 3 研修実施方法 通学 ・ 通信
- 4 受講者の定員 人
- 5 研修実施期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
- 6 受講者募集期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- 7 使用テキスト ※市販図書は図書名明記。市販図書以外は「別添」とし1部添付。
- 8 添削指導の方法 (通信制の場合のみ) ※記載または別添。添削課題, 解答, 解説を添付。
- 9 面接指導の方法 (通信制の場合のみ) ※記載または別添。
- 10 添付書類
 - (1) 学則 (様式2)
 - (2) 修了証明書 (様式3) 及び修了証明書 (携帯用) (様式4)
 - (3) 研修カリキュラム (様式5)
 - (4) 研修事業の収支予算書

(様式2)

以下は学則の最低限の記載例です。必要に応じて補講や科目免除, 受講取消し措置など必要事項を記載してください。また, 通信制の場合には, 対象地域や添削指導及び面接指導の方法, 面接指導の実施場所の明記が必要です。

〇〇市社会福祉協議会 地域介護ヘルパー養成研修学則

1 目的

(研修事業の理念, 考え方を記載してください。)

2 名称

〇〇市社会福祉協議会 地域介護ヘルパー養成研修

3 実施場所

〇〇市民会館 第〇会議室 (〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇)

4 研修期間

令和〇〇年〇月〇日～令和〇〇年〇月〇日

5 研修定員

50名

6 カリキュラム

別添のとおり。

7 専任講師氏名

- ・ 茨城 太郎
- ・ 常陸 一郎
- ・ 霞ヶ浦 花子

8 受講資格

介護ボランティアへの従事を希望する者。

9 受講手続

- (1) 受講者は, 指定の申込用紙に必要事項を記載のうえ, 期日までに申し込む。ただし, 定員に達した時点で受付終了する。
- (2) 当会は, 書類審査のうえで受講者を決定し, 受講決定通知書を受講者に送付する。
- (3) 受講通知書を受け取った受講者は, 指定の期日までに受講料等を納入する。
- (4) 当会は, 受講料等の納入を確認した後, 教材を郵送する。

10 受講料

〇〇〇〇円 (テキスト・実習費込み)

11 研修修了の認定方法

要綱が定める所定のカリキュラムを全て修了したと認定された場合に, 修了証明書を交付し, 修了認定を行う。

(様式 3)

茨地介 第〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 号

修 了 証 明 書

氏 名 〇 〇 〇 〇

生年月日 (和暦) 〇〇年〇〇月〇〇日

茨城県地域介護ヘルパー養成研修を修了したことを証明
します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 修了

(事 業 者 名) 印

※再発行の場合

(年 月 日 再発行)

(様式 4)

茨城県地域介護ヘルパー養成研修修了証明書	
(顔写真)	氏 名 ○○ ○○
	生年月日 (和暦) ○○年○○月○○日
	番 号 茨地介第○○-○○○-○○○○号
茨城県地域介護ヘルパー養成研修を修了したことを証明します。	
令和○○年○○月○○日修了	
(事 業 者 名)	印
※再発行の場合 (年 月 日再発行)	

- ※ 顔写真は、事業者の判断により省略またはイラスト、シンボルマーク等に代えることができる。
- ※ 判型は、名刺サイズ、カードサイズなど、携帯に適したサイズに適宜調整することができる。

(様式 5)

茨城県地域介護ヘルパー養成研修 研修カリキュラム

実施年月日 (曜日)	時間 (実時間数) ※1	科目	内容 ※2	講師氏名 (講師要件) ※3	備考
年 月 日 ()	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
年 月 日 ()	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
年 月 日 ()	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
年 月 日 ()	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	
	: ~ : ()			()	

※1 「(実時間数)」は、休憩時間(食事休憩等)を抜いた実時間数を記入すること。

※3 「(講師要件等)」は、当該講師が満たす当該科目を担当するために必要な講師要件を記入すること。

例1 茨城太郎(介護福祉士)

例2 霞ヶ浦花子(地域包括支援センター職員)

(様式 6)

茨城県地域介護ヘルパー養成研修 指定変更届出書

第 号
令和 年 月 日

茨城県知事 殿

事業者 郵便番号
所在地
名称
代表者
担当者
電話
ファクス
Eメール

令和 年 月 日付け 第 号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について、下記のとおり実施内容を変更したいので、要綱第 4 条第 1 項の規定により届け出ます。

記

1 変更の内容

変 更 前	変 更 後

2 変更時期

令和 年 月 日

3 変更理由

4 添付書類

(様式 7)

茨城県地域介護ヘルパー養成研修 休講届出書

第 号
令和 年 月 日

茨城県知事 殿

事業者 郵便番号
所在地
名称
代表者
担当者
電話
ファクス
Eメール

令和 年 月 日付け 第 号で指定を受けた茨城県地域介護ヘルパー養成研修について、下記により休講するので、要綱第 4 条第 2 項の規定により届け出ます。

記

1 休講の理由

2 添付書類