様式１

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名）

（代表者名）

連絡先

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事務等実施要綱」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　　　　・・・・・・・・・・・・・・・

３．事業の開始予定年月日　・・・・・・・・・・・・・・・

４．連絡先　　　　　　　　・・・・・・・・・・・・・・・

添付書類：別紙添付書類一覧のとおり

担当　○○○○（連絡先）

 様式２

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　氏名（法人名）

　　（代表者名）

連絡先

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事務等実施要綱」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

担当　○○○○（連絡先）

 様式３

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　氏名（法人名）

　　　　　　　　（代表者名）

 　　　　連絡先

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事務等実施要綱」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

担当　○○○○（連絡先）

 様式４

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名）

　　（代表者名）

 　　　　連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会休止届出書

　「福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」に基づき、次のとおり、指定講習会を休止したので、届け出ます。

記

１．講習会の名称

２．休止年月日

３．休止理由

４．休止予定期間

担当　○○○○（連絡先）

 様式５

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名）

　　　　　　　　　　　　（代表者名）

連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会再開届出書

　「福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」に基づき、次のとおり、指定講習会を再開したので、届け出ます。

記

１．講習会の名称

２．再開年月日

担当　○○○○（連絡先）

　様式６

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　講習会実施者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名）

　　　　　　　　　　　　　（代表者名）

連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会事業計画書

　　年　月　日付けで福祉用具専門相談員指定講習会として群馬県知事より指定を受けた（　講　習　会　名　）について、下記のとおり実施しますので、福祉用具専門相談員指定講習会指定事務実施要綱に基づき、令和○○年度事業計画を提出いたします。

記

１．実施予定回数：○○回

２．予定修了者数：○○人

添付書類：（１）○○年度事業計画

（２）講習会時間割表

（３）講師一覧

（４）講師承諾書

 　　・

・

・

・

担当　○○○○（連絡先）

 様式７

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　氏名（法人名）

　　（代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会指定更新申請書

　現在指定を受けている福祉用具専門相談員指定講習会について、指定期間満了後も継続して講習会の指定を受けたいので、「群馬県福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」３（５）に基づき関係書類を添付の上申請します。

記

１．講習会の名称　：

２．事業所の所在地　：

３．事業の開始予定年月日　：

４．連絡先　：

添付書類： 別紙添付書類一覧のとおり

担当　○○○○（連絡先）

　様式８－１

令和　　年　　月　　日

群　馬　県　知　事

　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　講習会実施者　住所（主たる事務所の所在地）

氏名（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者名）

連絡先

福祉用具専門相談員指定講習会事業報告書

　　年　月　日付けで福祉用具専門相談員指定講習会として群馬県知事より指定を受けた（　講　習　会　名　）について、下記のとおり実施いたしましたので、福祉用具専門相談員指定講習会指定事務実施要綱に基づき、事業報告書に講習会修了者名簿を添えて提出いたします。

記

１．講習会名：令和○○年度　第○回　（　講　習　会　名　）

２．開催日時：令和　年　月　日～　月　日（○日間））

３．開催場所：○○県○○市

４・講習会受講者数：○○名

５．講習会修了者数：○○名

添付書類：（１）講習課程

（２）講習会時間割表

（３）担当講師一覧

（４）修了者名

・

・

・

・

担当　○○○○（連絡先）

　（様式８－２）

**○福祉用具専門相談員指定講習会修了者名簿**

 修了日：令和　　年　　月　　日　 　　実施団体：○○○○○○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 氏名（フリガナ） | 生年月日 | 性別 | 郵便番号 | 住所 | 電話番号 | 修了証番号 | 本人確認方法 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※各受講者につき、必ず下記書類のうち一種類以上の提出又は提示により、本人確認を行うこと。

※本人確認をどの方法で行ったか、次の番号で記入すること。

①運転免許証　②パスポート　③戸籍謄本・抄本　④住民票の写し　⑤健康保険証　⑥その他（具体的に記載すること）

（参考様式）

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） | ・福祉用具の定義と種類・○○○○○○○○○○○ |
| 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位置付けと役割・○○○○○○○○○○ |
| 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） | ・加齢に伴う心身機能の変化と特徴・○○○○○○○○○○○○ |
| 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） | ・日常生活について・○○○○○○○○○○○○ |
| ○○○○○○○○○○　（○時間） |
|  | ・○○○○○○○　　○時間 |
| 合　　　計 | ○○時間 |

（参考様式）

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 |
|  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　署　名　）　 印 |

（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。

（参考様式）

**収支予算書**

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 |  |  |

（参考様式）

**○○年度　年間事業計画**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 開催地 | 開催日程 | 予定受講者数 | 募集方法 |
| （募集期間） |
|  第１回 | ○○市 | ○月○○日～○月○○日 | ○○名 | ホームページ・チラシ配布ＨP→http:// チラシ配布先：○○、△△等 |
| （○月○○日～○月○○日） |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

（参考様式）

**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 | ○○：○○～○○：○○（○時間） | からだとこころの理解 |  |
| ○○：○○～○○：○○（○時間） | 介護技術 |  |
| ○月○日 | ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |
| ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| ○月○日 | ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |
| ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |
| ○月○日 | ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |
| ○○：○○～○○：○○（○時間） |  |  |

 （注）時間については休憩時間を除外して算定すること。

（参考様式）

**福祉用具専門相談員指定講習会講師一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

* 各科目毎に代替講師も含め複数の講師を確保すること。

（参考様式）

**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

 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 氏名　（　講　師　サ　イ　ン） 　印

指定講習会実施団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　様

（参考様式）

**（　講　習　会　名　）事業実績**

　１．指定年月日　　令和　　年　　月　　日

　２．講習会実績一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  　実施年度 |  |  実　施　日　時 |  修了者数 |  |
| 令和○○年度 | 第１回第２回 | ○○月○○日～○○月○○日○○月○○日～○○月○○日 | ○○名○○名 |
| 合 計 | ○○回 | ○○名 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 合 計 | ○○回 | ○○名 |  |
| 総　　計 | ○○回 | ○○名 |