様式第１号（第３条関係）

**基準該当指定研修指定申請書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修としての指定を受けたいので、大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第３条の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 研修事業を実施する事業所所在地 | 郵便番号：所在地： |
| 研修事務担当者 | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 研修開始予定年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 受任事業者名 | ※申請者以外の者が申請者からの委任を受けて研修を実施する場合に記載商号又は名称：主たる事務所の所在地：代表者職名･氏名： |

提出書類一覧（添付しているものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 提出書類 |
|  | (１)　定款、寄附行為その他の基本約款 |
|  | (２)　履歴事項全部証明書の原本（ただし、発行日から３か月以内のものに限る。） |
|  | (３)　第３条第３項各号に該当しない旨の誓約書（別添１）、暴力団等に関する要件確認申立書（別添２） |
|  | (４)　印鑑証明書の原本（ただし、発行日から３か月以内のものに限る。）※実印を使用しない場合は使用印鑑届（別添４）も提出 |
|  | (５)　研修事業に係る予算書 |
|  | (６)　申請者又は申請者からの委任を受けて研修を実施する者が、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第２号に規定する介護職員養成研修事業者として大阪府知事の指定を受けていることを証明する書類の写し |
|  | (７)　研修カリキュラム（別添５）、レジュメ、テキスト等研修教材 |
|  | (８)　講師一覧表（別添６） |
|  | (９)　講師履歴書（別添７） |
|  | (10)　修了評価の方法（別添８） |
|  | (11)　修了証書の様式（要綱別記様式第２号） |
|  | (12)　修了評価筆記試験問題及びその模範解答 |

（別添１）

**誓　　約　　書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

１　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱（以下「要綱」という。）第３条に規定する基準該当指定研修の指定申請を行うにあたり、要綱第３条第３項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

２　基準該当指定研修の指定を受けるにあたって、要綱その他関係法令等を遵守することを誓約します。

（別添２）

**要件確認申立書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱（以下「要綱」という。）第３条第１項の規定に基づき、基準該当指定研修の指定の申請を行うにあたり、私（当団体）は次の各号のいずれにも該当しないことを申し立てます。

なお、いずれかに該当することとなった場合には、直ちに「該当事項届出書（別添３）」によりその旨を届けます。また、本件に関して調査が必要となった場合には、大阪市が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、要綱第12条第１項の規定に基づき、速やかに基準該当指定研修の解除手続きを行います。

１　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号。以下「法」という。）第２条第２号に規定する「暴力団」

２　法第２条第６号に規定する「暴力団員」

３　大阪市暴力団排除条例（平成23年大阪市条例第10号）第２条第３号に規定する「暴力団密接関係者」

※下記要件に該当したことが判明した場合のみ使用

（別添３）

**該当事項届出書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

私（当団体）は、大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第３条第３項第３号に規定する次のイからハのうち、「　　」に該当する者となったので、本書面を届けます。

イ　暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号。以下「法」という。）第２条第２号に規定する「暴力団」

ロ　法第２条第６号に規定する「暴力団員」

ハ　大阪府暴力団排除条例（平成22年大阪府条例第58号）第２条第４号に規定する「暴力団密接関係者」

（別添４）

**使　用　印　鑑　届**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

 大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱に基づく各種手続き（申請、届出、報告）に使用するための印鑑を次のとおりお届けします。

|  |
| --- |
| 使　　用　　印 |
|  |

※使用印は代表者の印であること。（法人印は不可）

（別添５）

平成　　年　　月　　日現在

**研修カリキュラム**

商号又は名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 指導目標 |  |
| 科目番号、科目名 | 時間数 | 項目名 | 講義内容の概要等（別紙でも可） |
| (1) |  |  |  |
| (2) |  |  |  |
| (3) |  |  |  |
| (4) |  |  |  |
| (5) |  |  |  |
| (6) |  |  |  |
| (7) |  |  |  |
| （合計時間数） |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用する教材等 |  |

※　項目ごとに時間数を設定すること。

※　時間配分の下限は、３０分単位とする。

**記載例**

（別添５）

平成　　年　　月　　日現在

**研修カリキュラム**

商号又は名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 指導目標 | ①　○○○②　○○○ |
| 科目番号、科目名 | 時間数 | 項目名 | 講義内容の概要等（別紙でも可） |
| (1)　職務の理解 | ２ | ・介護保険制度・多様なサービスの理解・仕事内容や働く現場の理解・介護職の役割、専門性と多職種との連携 | ＜講義内容＞研修課程全体と各研修科目の関連性の全体像をイメージし、学習できるよう制度の目的、サービス利用の流れ、各専門職の役割・責務について講義する。 |
| (2)　老化の理解 | １ | ・老化に伴うこころとからだの変化と日常「科目の到達目標、評価、内容」（別表２）やテキスト等を参考に指導計画を作成すること。別紙に記載しても可。・高齢者と健康 | ＜講義内容＞○○○○○○○○ |
| (3)　認知症の理解　 | ２ | ・認知症を取り巻く状況・認知症の基礎と健康管理・認知症に伴う変化と日常生活・家族への支援 | ＜講義内容＞講師による講義のほか、視聴覚教材を活用し、認知症に関する理解を深める。 |
| (4)　介護における　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ技術　　　　 | １ | ・介護におけるコミュニケーション | ＜講義内容＞○○○○○○○○ |
| (5)　介護における尊厳の保持・介護の基本　　　 | ３ | ・人権啓発に係る基礎知識・人権と尊厳を支える介護・介護職の職業倫理・自立に向けた介護・安全の確保とリスクマネジメント・介護職の安全 | ＜講義内容＞○○○○○○○○ |
| (6)　生活支援技術　　　　 | ２ | ・生活と家事 | ＜講義内容＞○○○○○○○○ |
| (7)　修了評価　　　　 | １ | ・振り返り・就業への備え | ＜実施内容＞修了評価課題の実施アンケートの実施 |
| （合計時間数） | １２ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用する教材等 | テキスト：株式会社○○出版発行「○○○○」その他教材：○○出版株式会社発行DVD教材「○○の基礎知識」 |

※　項目ごとに時間数を設定すること。

※　時間配分の下限は、３０分単位とする。

（別添６）

平成　　年　　月　　日現在

**講　師　一　覧　表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講師氏名 | 担当　科目番号、科目名／項目名 | 資格(取得年月) | 修了評価担当の有無 |
| 略歴(経験年数) |
| 現在の職業(経験年数) |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |

**記載例**

（別添６）

平成　　年　　月　　日現在

**講　師　一　覧　表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講師氏名 | 担当　科目番号、科目名／項目名 | 資格(取得年月) | 修了評価担当の有無 |
| 略歴(経験年数) |
| 現在の職業(経験年数) |
| 大阪　太郎 | (1)職務の理解／全項目(5)介護における尊厳の保持・介護の基本　　・人権啓発に係る基礎知識　　・人権と尊厳を支える介護　　・介護職の職業倫理 | 介護福祉士(H14/3)介護支援専門員(H20/8) | 無 |
| 指定通所介護・介護職員（6年）指定居宅介護支援・介護支援専門員（4年3か月）介護老人福祉施設　勤務・介護支援専門員(1年9か月) |
| 株式会社○○○○　勤務・介護職員初任者研修講師(1年) |
| 浪速　花子 | (1)職務の理解／全項目(2)老化の理解／全項目(3)認知症の理解／全項目(4)介護におけるコミュニケーション技術(5)介護における尊厳の保持・介護の基本／全項目(6)生活援助技術／全項目(7)終了評価／全項目 | 介護福祉士(H15/3)キャラバン・メイト(H27/2) | 有 |
| 指定短期入所生活介護・介護職員(10年3か月)老人ホーム・支援員（6か月） |
| 訪問介護事業所　勤務・サービス提供責任者(1年2か月) |
| 講師履歴書に記載している現在の職業、担当科目に関連する資格・免許及び職歴を記載してください。 |  | 修了評価者としての資格と実務経験を有し、そのうえで、修了評価者として業務を担当する者について「有」と記載すること。修了評価者としての資格を満たしていても、修了評価の業務を担当しない場合は「無」としてください。また、資格を有していない者も「無」としてください。 |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |

（別添７）

**講　師　履　歴　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　　名 |  | 上半身、正面、無帽状態で６か月以内に撮影された写真を貼付すること。 |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自宅住所 |  |
| 現在の勤務先と業務内容 | 勤務先名 |  |
| 住所 |  |
| 業務内容 | （　　　　年　月～　現在） |
| 担当科目に関連する資格と免許 | 資格・免許の名称 | 取得年月日 |
| 年 | 月 | 日 |
| 1  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |
| 3  |  |  |  |
| 担当科目に関連する職歴※教員の場合は、学校名と担当教科名 | 勤務先名称 | 職種 | 就　業　期　間 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
| 上記記載内容に相違ないことを証明します。平成　　　年　　　月　　　日　（講師署名欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　※自筆署名のこと |

※１　欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※２　資格証明証等の写しを添付すること。

**記載例**

（別添７）

**講　師　履　歴　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ氏　　名 | オオサカ　タロウ | 上半身、正面、無帽状態で６か月以内に撮影された写真を貼付すること。 |
| 大阪　太郎 |
| 生年月日 | 昭和００年００月００日 |
| 自宅住所 | 大阪市北区・・・ |
| 現在の勤務先と業務内容 | 勤務先名 | 株式会社○○○○ |
| 住所 | 大阪市中央区・・・ |
| 業務内容 | 介護職員初任者研修講師　　　　（平成２８年４月～現在） |
| 担当科目に関連する資格と免許 | 資格・免許の名称 | 取得年月日 |
| 年 | 月 | 日 |
| 1 介護福祉士 | 平成１４ | ３ | ３０ |
| 2 介護支援専門員 | 平成２０ | ８ | １ |
| 3 当該研修の講師要件に関連しない資格・免許の記載は不要です。 |  |  |  |
| 担当科目に関連する職歴※教員の場合は、学校名と担当教科名 | 勤務先名称 | 職種 | 就　業　期　間 |
| 社会福祉法人○○会○○デイサービスセンター | 介護職員 | 平成15年4月～平成21年3月 |
| 株式会社□□□□□□ケアプランセンター | 介護支援専門員 | 平成21年4月～平成25年6月 |
| 社会福祉法人○○会特別養護老人ホーム○○ | 介護支援専門員 | 平成25年7月～平成27年3月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
|  |  | 年　月　～　　年　月 |
| 当該研修の講師要件に関連しない職歴の記載は不要です。以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。平成２８年１２月１日　（講師署名欄）　　　*大阪　太郎*　　　　　※自筆署名のこと |

※１　欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※２　資格証明証等の写しを添付すること

（別添８）

平成　　年　　月　　日現在

**修了評価の方法**

評価基準作成者：

|  |  |
| --- | --- |
| 評価方法及び合格基準 | １　修了評価の実施方法　　　２　出題範囲及び出題数　　　３　出題形式　　　４　配点　　　５　合否判定基準　　　６　不合格になったときの取扱い　　　 |

**記載例**

（別添８）

平成　　年　　月　　日現在

**修了評価の方法**

評価基準作成者：

|  |  |
| --- | --- |
| 評価方法及び合格基準 | １　修了評価の実施方法・択一形式によるテストを実施する。（テキスト・配付資料の参照可）・択一形式によるテストを実施する。（テキスト・配付資料の参照不可）　等々　２　出題範囲及び出題数・研修科目の各科目からそれぞれ○問ずつの計○問「（１）職務の理解」から○問「（２）老化の理解」から○問「（３）認知症の理解」から○問「（４）介護におけるコミュニケーション」から○問「（５）介護における尊厳の保持・介護の基本」から○問「（６）生活支援技術」から○問　　　　　　　　　　　計○問・○○テキスト○ページから○ページまでの間で計○問出題する。　　等々３　出題形式・３肢択一形式及び○×形式とする。・４肢択一形式及び記述形式とする。　　　等々　　４　配点・１問○点×○問　　計○点満点・１問○点×○問、１問○点×○問　　計○点満点・択一問題○問（配点○点）、記述式問題○問（配点○点）　　計○点満点　等々　５　合否判定基準６割以上とすること。　○点以上　６　不合格になったときの取扱い・不合格者は再受講とする。・結果発表後、直ちに○時間の補習のうえ再評価を行う。・再度、終了評価を最大○回まで実施する。　　　　　　　等々　　 |

（別添９）

平成　　年　　月　　日現在

**研修スケジュール**

平成　　年度 第　　回次　定員　　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　月　日 | 時　間 | 科目番号、科目名、項目名 | 講師氏名 |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  | オリエンテーション |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |
| 平成　年　月　日(　) | :　～　: | h |  |  |  |

※研修開始時には、オリエンテーションを実施すること。

※「(1)職務の理解」は研修開始直後の科目として実施し、「(７)修了評価」は研修の最終時間に実施すること。

様式第２号（第４条関係）

第　　　　　　　号

**修了証書**

氏　　名

生年月日　　　　年　　月　　日生

　あなたは、○○○○○○○○○研修を修了したことを証します。

平成　　年　　月　　日

（指定研修実施者名）

（代表者の職名・氏名）　　　　　　　　　　印

※本修了証書は、「大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」に規定する市長が指定する研修として指定を受けた研修であって、大阪市が実施する生活援助型訪問サービスの提供者として必要な知識等を習得するための研修を修了したことを証明するものです。

様式第３号（第３条及び第５条関係）

**平成　　年度　年間研修実施計画書**

平成　　年　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 研修担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

○当該年度の開講予定

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **回次** | **開講日程** | **定員** | **受講費用** | **実施場所** |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |
|  | 年　月　日（　）・　　年　月　日（　） | 名 |  | 名称：住所： |

※４月〜翌年３月までに実施予定の全ての研修を記載すること。

　記載欄が足りない場合は、適宜、記載欄を追加すること。

※ 受講費用欄は、指定研修実施者がテキスト代等実費相当として受講者から徴収する金員がある場合、その名目及び金額を記載すること。無料の場合は「無料」と記載。

様式第４号（第６条関係）

**基準該当指定研修開講届出書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第６条第１項の規定により、下記研修の開講について届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 初回研修予定日 | 平成　　年　　月　　日（　）～平成　　年　　月　　日（　） |
| 受任事業者名 | ※届出者以外の者が届出者からの委任を受けて研修を実施する場合に記載商号又は名称：主たる事務所の所在地：代表者職名･氏名： |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事務担当者前回届出時からの変更【 有 ・ 無 】（いずれかに○） | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

提出書類一覧（添付しているものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 提出書類 |
|  | 研修スケジュール（別添９） |

* 講師の追加等が生じる場合には、変更届出書（様式第６号）を同時提出すること。
* 年間研修実施計画書（様式第３号）に変更が生じる場合（開催回数、開催日程等）には同時提出すること。

様式第５号（第７条関係）

**基準該当指定研修休講届出書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　平成　　年　　月　　日に開講届出書を提出した下記研修を休講しますので、大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第７条の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 休講予定時期 | 平成　　年　　月　　日（　）～平成　　年　　月　　日（　） |
| 休講の理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事務担当者前回届出時からの変更【 有 ・ 無 】（いずれかに○） | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

様式第６号（第８条関係）

**基準該当指定研修変更届出書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第８条の規定により、下記研修の実施者としての指定内容の変更を届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 変更種別（いずれかに○） | 1. 指定研修実施者の名称、主たる事務所の所在地、代表者
2. 指定研修実施者が委任をして研修を実施する場合における受任事業者
3. 第３条第１項の規定により申請した内容（提出書類を含む。）
 |
| 変更内容及び理由 |  |
| 変更時期 | 平成　　年　　月　　日（最も早い変更時期を記載） |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事務担当者前回届出時からの変更【 有 ・ 無 】（いずれかに○） | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

提出書類一覧（添付しているものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 提出書類 |
|  | (１)　定款、寄附行為その他の基本約款 |
|  | (２)　履歴事項全部証明書の原本（ただし、発行日から３か月以内のものに限る。） |
|  | (３)　第３条第３項各号に該当しない旨の誓約書（別添１）、暴力団等に関する要件確認申立書（別添２） |
|  | (４)　印鑑証明書の原本（ただし、発行日から３か月以内のものに限る。）※実印を使用しない場合は使用印鑑届（別添４）も提出 |
|  | (５)　研修事業に係る予算書 |
|  | (６)　申請者又は申請者からの委任を受けて研修を実施する者が、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第３条第１項第２号に規定する介護職員養成研修事業者として大阪府知事の指定を受けていることを証明する書類の写し |
|  | (７)　研修カリキュラム（別添５）、レジュメ、テキスト等研修教材 |
|  | (８)　講師一覧表（別添６） |
|  | (９)　講師履歴書（別添７） |
|  | (10)　修了評価の方法（別添８） |
|  | (11)　修了証書の様式（要綱別記様式第２号） |
|  | (12)　修了評価筆記試験問題及びその模範解答 |

様式第７号（第９条関係）

**基準該当指定研修年間休止届出書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　平成　　年　　月　　日に開講届出書を提出した下記研修を休講しますので、大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第９条第１項の規定により、下記研修事業を休止するので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 休止する年度 | 　　　　年度 |
| 休止する理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事務担当者前回届出時からの変更【 有 ・ 無 】（いずれかに○） | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

* １事業年度（４月～翌年３月）において、研修の開講予定がない（なくなった）場合、年間休止届出書（様式第７号）を提出すること。
* 研修事業を２か年度にわたって実施しなかった場合は、市長が指定する研修の解除の申請があったものとみなす。

様式第８号（第10条関係）

**基準該当指定研修実績報告書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第10条の規定により、次のとおり実績を報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修回次 | 第 回次 |
| 研 修 日 | 第１日目：平成 年 月 日、第２日目：平成 年 月 日 |
| 受講者数 | 　　　　人 |
| 修了者数 | 　　　　人 |

提出書類一覧（添付しているものに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| 〇 | 提出書類 |
|  | (１)　受講者名簿、本人確認資料及び電磁的記録 |
|  | (２)　修了証書 |
|  | (３)　出席簿 |
|  | (４)　修了評価課題 |
|  | (５)　アンケート |

研修事務担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| ファックス |  |
| メールアドレス |  |

様式第９号（第12条関係）

**基準該当指定研修指定解除申請書**

平成　　年　　月　　日

大阪市長　様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名･氏名･印

　大阪市訪問型サービス（第１号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱に規定する市長が指定する研修を定める要綱第１２条第１項の規定により、下記研修について基準該当指定研修の指定の解除を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の名称 |  |
| 解除年月日 |  |
| 解除の理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修事業の担当責任者 | 所属名：氏名：電話：ファックス：ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

提出書類一覧（添付しているものに○）

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 提出書類 |
|  | 研修修了者の一覧表（様式第10号） |

* 基準該当指定研修の指定の解除の申請にあたっては、研修修了者の一覧表（様式第１０号）を提出すること。

様式第10号（第12条関係）

**基準該当指定研修修了者一覧表**

平成　　年　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 研修担当責任者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了証書****発行番号** | **修了年月日** | **氏名** | **ふりがな** | **生年月日** | **住所** | **連絡先****（電話番号等）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※修了証書発行番号の小さいものから順に整理して記載すること。

※紙媒体及び磁気媒体により提出すること。