

新旧対照表

改 正 案	現 行																																																						
<p>様式第 1 号</p> <p><b>認定申請書</b></p> <p>平成 年 月 日</p> <p>広島県知事 様</p> <p>郵便番号 主たる事務所の所在地 法人・団体名 代表者の職・氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>次の研修について、「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第 2 条に規定する研修として広島県知事の認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。</p>	<p>様式第 1 号</p> <p><b>認 定 申 請 書</b></p> <p>平成 年 月 日</p> <p>広 島 県 知 事 様</p> <p>郵便番号 主たる事務所の所在地 法人・団体名 代表者の職・氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>次の研修について、「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第 2 条に規定する研修として広島県知事の認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。</p>																																																						
<table border="1"> <tr><td>研修の名称</td><td></td></tr> <tr><td>研修課程</td><td>※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程</td></tr> <tr><td>定員</td><td>名</td></tr> <tr><td>研修日程</td><td>平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日</td></tr> <tr><td>実施場所</td><td>講義： (施設の名称) (施設の所在地) 演習： (施設の名称) (施設の所在地)</td></tr> <tr><td>講義の実施方法</td><td>通学 ・ 通信</td></tr> <tr><td>使用する教材名</td><td></td></tr> <tr><td>県 HP への掲載可否</td><td>可 ・ 否</td></tr> <tr><td rowspan="5">事務担当者連絡先</td><td>担当者名</td><td></td></tr> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td></tr> <tr><td>Fax 番号</td><td></td></tr> <tr><td>e-mail</td><td></td></tr> </table>	研修の名称		研修課程	※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	定員	名	研修日程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	実施場所	講義： (施設の名称) (施設の所在地) 演習： (施設の名称) (施設の所在地)	講義の実施方法	通学 ・ 通信	使用する教材名		県 HP への掲載可否	可 ・ 否	事務担当者連絡先	担当者名		住所		電話番号		Fax 番号		e-mail		<table border="1"> <tr><td>研 修 の 名 称</td><td></td></tr> <tr><td>研 修 課 程</td><td>※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程</td></tr> <tr><td>定 員</td><td>名</td></tr> <tr><td>研 修 日 程</td><td>平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日</td></tr> <tr><td>実 施 場 所</td><td>講義：(施設の名称) (施設の所在地) 演習：(施設の名称) (施設の所在地)</td></tr> <tr><td>講義の実施方法</td><td>通学 ・ 通信</td></tr> <tr><td>使用する教材名</td><td></td></tr> <tr><td>県HPへの掲載可否</td><td>可 ・ 否</td></tr> <tr><td rowspan="5">事務担当者連絡先</td><td>担当者名</td><td></td></tr> <tr><td>住 所</td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td></tr> <tr><td>FAX 番号</td><td></td></tr> <tr><td>メールアドレス</td><td></td></tr> </table>	研 修 の 名 称		研 修 課 程	※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	定 員	名	研 修 日 程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	実 施 場 所	講義：(施設の名称) (施設の所在地) 演習：(施設の名称) (施設の所在地)	講義の実施方法	通学 ・ 通信	使用する教材名		県HPへの掲載可否	可 ・ 否	事務担当者連絡先	担当者名		住 所		電話番号		FAX 番号		メールアドレス	
研修の名称																																																							
研修課程	※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程																																																						
定員	名																																																						
研修日程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日																																																						
実施場所	講義： (施設の名称) (施設の所在地) 演習： (施設の名称) (施設の所在地)																																																						
講義の実施方法	通学 ・ 通信																																																						
使用する教材名																																																							
県 HP への掲載可否	可 ・ 否																																																						
事務担当者連絡先	担当者名																																																						
	住所																																																						
	電話番号																																																						
	Fax 番号																																																						
	e-mail																																																						
研 修 の 名 称																																																							
研 修 課 程	※申請する課程の【 】に○を記入すること。A 又は B を○で囲むこと。 【 】 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ A ・ B ） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程																																																						
定 員	名																																																						
研 修 日 程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日																																																						
実 施 場 所	講義：(施設の名称) (施設の所在地) 演習：(施設の名称) (施設の所在地)																																																						
講義の実施方法	通学 ・ 通信																																																						
使用する教材名																																																							
県HPへの掲載可否	可 ・ 否																																																						
事務担当者連絡先	担当者名																																																						
	住 所																																																						
	電話番号																																																						
	FAX 番号																																																						
	メールアドレス																																																						

【留意事項】

- (1) 開講日の180日前から60日前までに提出すること。
- (2) 研修が一体的に実施される場合には複数課程の研修を同時に申請することも可能であること。この場合、研修課程は該当する全ての項目に○を記入するとともに、定員、研修日程及び実施場所は全ての内容を記入すること。
- (3) 一般募集しない研修など、県HPへの掲載を希望しない場合は「県HPへの掲載可否」欄の「否」に○を記入すること。
- (4) 申請にあたっては、次の書類を添付すること。

<添付書類一覧>

1	学則（事業概要）（様式第2号の1）
2	研修日程表（様式第2号の2）
3	演習実施計画（様式第2号の3）
4	講師履歴書（様式第3号）
5	講義室（演習室）使用承諾書（様式第4号）の写し又はこれに代わる書類の写し
6	研修の実施に関する収支予算（様式第5号）
7	定款その他の基本約款（又は規約、会則等）
8	修了証書（要綱様式第1号）及び携帯用修了証書（要綱様式第2号）の様式
9	誓約書（様式第6号）
10	添削指導に関する課題、解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行なう場合のみ。
11	オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。

【留意事項】

- ① 開講日の60日前までに提出すること。
- ② 複数課程及び複数日程の研修を同時に申請することも可能であること。  
この場合、研修課程は該当する全ての項目に○を記入するとともに、定員、研修日程及び実施場所は全ての内容を記入すること。
- ③ 一般募集しない研修など、県HPへの掲載を希望しない場合は「県HPへの掲載可否」欄の「否」に○を記入すること。
- ④ 申請にあたっては、次の書類を添付すること。

<添付書類一覧>

1	学則（事業概要）（様式第2号の1）
2	研修日程表（様式第2号の2）
3	演習実施計画（様式第2号の3）
4	講師履歴書（様式第3号）
5	講義室（演習室）使用承諾書（様式第4号）の写し又はこれに代わる書類の写し
6	研修の実施に関する収支予算（様式第5号）
7	定款その他の基本約款（又は規約、会則等）
8	修了証書（要綱様式第1号）及び携帯用修了証書（要綱様式第2号）の様式
9	誓約書（様式第6号）
10	添削指導に関する課題、解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行なう場合のみ。
11	オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。

学則（事業概要）

1 開講目的	
2 研修に関する重要事項	<p>◆本研修修了者は、障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスのうち、「通院等介助」、「通院等乗降介助」に従事することができます。 ※ただし、次の研修課程修了者以外は報酬減算の対象となります。</p> <p>① 介護福祉士 ② 介護福祉士実務者研修修了者 ③ 居宅介護職員初任者研修課程等修了者 ④ 介護職員初任者研修課程等修了者</p> <p>◆本研修修了者を移動支援事業のサービスを提供する者の要件とするかどうかについては、各市町村により異なります。</p>
3 申請者の名称及び所在地	<p>名称： 所在地：</p>
4 実施する研修課程及び講義の形式	<p>研修課程：_____障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 講義の形式：（ 通学形式 ・ 通信形式 ）</p>
5 研修の名称	
6 実施場所（施設の名称及び所在地）	<p>講義：（施設の名称） （施設の所在地） 演習：（施設の名称） （施設の所在地） 演習経路：別紙「演習実施計画」のとおり</p>
7 研修カリキュラム	別紙「研修日程表」のとおり
8 研修日程	別紙「研修日程表」のとおり
9 講師氏名	別紙「研修日程表」のとおり
10 使用テキスト	<p>テキストの名称： 出版社名等：</p>
11 添削指導、面接指導の体制、方法等（通信形式の場合のみ）	
12 研修修了の認定方法（通信添削課題の合格基準を含む。）	<p>修了評価方法・合格基準： 修了評価不合格時の取扱い：</p>
13 遅刻、早退及び欠席の取扱い	
14 補講の取扱い	<p>補講の実施の有無（有・無） 補講が可能な科目： 補講の上限：（ ）科目以内とする。 開講日から（ ）ヶ月以内に修了すること。 補講の方法： 補講に要する費用：</p>
15 受講の取消し	<p>受講を取り消す場合（要件）： 受講料等既に支払った費用の返金の有無：</p>

学則（事業概要）

1 開講目的	
2 研修に関する重要事項	<p>● 本研修修了者は、障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスのうち、「通院等介助」、「通院等乗降介助」に従事することができます。 ただし次の研修課程修了者以外は報酬減算の対象となります。</p> <p>①介護福祉士 ②介護福祉士実務者研修修了者 ③居宅介護職員初任者研修課程等修了者 ④介護職員初任者研修課程等修了者</p> <p>● 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程修了者は、障害者総合支援法に基づく「同行援護」に従事することができますが、平成26年9月30日までに、同行援護従業者養成研修一般課程を修了するようにしてください。（ただし、視覚障害者等に対する障害福祉サービス（居宅介護等）、地域生活支援事業（移動支援事業等）等の業務に従事した経験が1年以上あれば、必ずしも同行援護従業者養成研修一般課程を修了する必要はありません。）</p> <p>● 本研修修了者を移動支援事業のサービスを提供する者の要件とするかどうかについては、各市町村により異なります。</p>
3 申請者の名称及び所在地	<p>名 称： 所 在 地：</p>
4 実施する研修課程及び講義の形式	<p>研修課程：_____障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 講義の形式：（ 通学形式 ・ 通信形式 ）</p>
5 研修の名称	
6 実施場所（施設の名称及び所在地）	<p>講義：（施設の名称） （施設の所在地） 演習：（施設の名称） （施設の所在地） 演習経路：別紙「演習実施計画」のとおり</p>
7 研修カリキュラム	別紙「研修日程表」のとおり
8 研修日程	別紙「研修日程表」のとおり
9 講師氏名	別紙「研修日程表」のとおり
10 使用テキスト	<p>テキストの名称： 出版社名等：</p>

16 修了証書等の交付	修了を認定した者には修了証書及び携帯用修了証書を交付する。
17 受講資格及び定員	受講資格： 定員： 名
18 受講手続	申込み方法： 申込み先： 受講決定方法： 応募者多数の場合の決定方法： ( ) 受講資格の確認方法：
19 受講料、演習費等及び支払方法	・全身性障害者外出介護従業者養成研修課程： 円 ・知的障害者外出介護従業者養成研修課程： 円 (テキスト代、消費税含む。) 支払方法：
20 科目免除の取扱い	科目免除の有無 (有・無) 免除が可能な科目： 免除対象者： 手続き方法：
21 受講者の個人情報の取扱い	個人情報保護規程策定の有無 (有・無) なお、修了者は広島県に報告する修了者名簿に記載される。
22 受講中の事故等の対応	
23 研修担当部署 (担当者) 及び連絡先 (問合せ先)	
24 その他	

【留意事項】

- (1) 研修が一体的に実施される複数課程の研修について、同一の学則とすることも可能であること。この場合、各項目において、該当する全ての内容を記入すること。
- (2) 「2 研修に関する重要事項」は、全文を記載すること。
- (3) 「6 実施場所」は、講義室、演習室が所在する施設の名称及び住所を記載すること。外出を伴う演習については、学則の別紙として演習経路を添付すること。
- (4) 「6 演習経路」、「7 研修カリキュラム」、「8 研修日程」、「9 講師氏名」は、それぞれ様式第2号の2～3に記載して学則に添付し、様式第2号の1～3を学則一式として受講者に配付すること。
- (5) 「10 使用テキスト」について、独自に作成したテキストを使用する場合はその旨を記載すること。
- (6) 「14 補講の取扱い」について、補講も含めて研修期間の範囲内に修了すること。
- (7) 「20 科目免除の取扱い」について、全身性障害者外出介護従業者養成研修課程 (A) を実施する場合は、「科目免除の有無」の「無」に○をつけること。
- (8) 「24 その他」は、1～23の内容以外に必要な事項がある場合に記載すること。

(例)

- ・ 介護員養成研修等、他の研修と同時実施する場合
- ・ 市町等からの委託を受けた研修である場合
- ・ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構から認定を受けた求職者支援訓練の一部である場合等

11 添削指導、面接指導の体制、方法等 (通信形式の場合のみ)	
12 研修修了の認定方法 (通信添削課題の合格基準を含む。)	修了評価方法・合格基準： 修了評価不合格時の取扱い：
13 遅刻、早退及び欠席の取扱い	
14 補講の取扱い	補講の実施の有無 (有・無) 補講が可能な科目： 補講の上限：( ) 科目以内とする。 開講日から ( ) ヶ月以内に修了すること。 補講の方法： 補講に要する費用：
15 受講の取消し	受講を取り消す場合 (要件)： 受講料等既に支払った費用の返金の有無：
16 修了証書等の交付	修了を認定した者には修了証書及び携帯用修了証書を交付する。
17 受講資格及び定員	受講資格： 定員： 名
18 受講手続	申込み方法： 申込み先： 受講決定方法： (応募者多数の場合の決定方法： ) 受講資格の確認方法：
19 受講料、演習費等及び支払方法	・視覚障害者外出介護従業者養成研修課程 円 ・全身性障害者外出介護従業者養成研修課程 円 ・知的障害者外出介護従業者養成研修課程 円 (テキスト代、消費税含む。) 支払方法：
20 科目免除の取扱い	科目免除の有無 (有・無) 免除が可能な科目： 免除対象者： 手続き方法：
21 受講者の個人情報の取扱い	個人情報保護規程策定の有無 (有・無) なお、修了者は広島県に報告する修了者名簿に記載される。
22 受講中の事故等の対応	
23 研修担当部署 (担当者) 及び連絡先 (問合せ先)	

24 その他

【留意事項】

- ① 複数課程及び複数日程の研修について、同一の学則とすることも可能であること。  
この場合、各項目において、該当する全ての内容を記入すること。
- ② 「2 研修に関する重要事項」は、全文を記載すること。
- ③ 「6 実施場所」は、講義室、演習室が所在する施設の名称及び住所を記載すること。外出を伴う演習については、学則の別紙として演習経路を添付すること。
- ④ 「6 演習経路」、「7 研修カリキュラム」、「8 研修日程」、「9 講師氏名」は、それぞれ様式第2号の2～3に記載して学則に添付し、様式第2号の1～3を学則一式として受講者に配付すること。
- ⑤ 「10 使用テキスト」について、独自に作成したテキストを使用する場合はその旨を記載すること。
- ⑥ 「14 補講の取扱い」について、補講も含めて研修期間の範囲内に修了すること。
- ⑦ 「20 科目免除の取扱い」について、視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（A）又は全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A）を実施する場合は、「科目免除の有無」の「無」に○をつけること。
- ⑧ 「24 その他」は、1～23の内容以外に必要な事項がある場合に記載すること。
- （例）・ 介護員養成研修等、他の研修と同時実施する場合
- ・ 市町等からの委託を受けた研修である場合
  - ・ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構から認定を受けた求職者支援訓練の一部である場合 等



様式第2号の3(1)  
廃止

様式第2号の3(1)

演習実施計画（視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（ ））

研修の名称 \_\_\_\_\_ 申請者名 \_\_\_\_\_

1 演習室の概要

演習室の名称	所在地	面積 (㎡)

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) アイマスク	40		
白杖	20		

3 演習内容及び演習経路等

科目名	実施日時	演習内容	演習場所又は行程
外出介護の基本技術	月 日 : ~ :		
屋内の外出介護	月 日 : ~ :		
屋外の外出介護	月 日 : ~ :		
応用技能	月 日 : ~ :		



演習実施計画（全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ ））

研修名称： \_\_\_\_\_ 申請者名： \_\_\_\_\_

1 演習室の概要

演習室の名称	所在地	面積 (㎡)

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) ベッド	5		
車イス	5		
ポータブルトイレ	5		

3 演習内容及び演習経路等

科目名	実施日時	演習内容	演習場所又は行程
外出介護の方法	月 日( ) : ~ :		
生活行為の介助	月 日( ) : ~ :		

※ 公共交通機関、公共施設又は商業施設等で演習を実施する場合は、事前に施設等管理者の了承を得ること。

※ 演習場所が複数ある場合は全て記載すること。

演習実施計画（全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（ ））

研修の名称 \_\_\_\_\_ 申請者名 \_\_\_\_\_

1 演習室の概要

演習室の名称	所在地	面積 (㎡)

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) ベッド	5		
車イス	5		
ポータブルトイレ	5		

3 演習内容及び演習経路等

科目名	実施日時	演習内容	演習場所又は行程
外出介護の方法	月 日 : ~ :		
生活行為の介助	月 日 : ~ :		

※ 公共交通機関、公共施設又は商業施設等で演習を実施する場合は、事前に施設等管理者の了承を得ること。

※ 演習場所が複数ある場合は全て記載すること。



演習実施計画（知的障害者外出介護従業者養成研修課程）

研修名称： \_\_\_\_\_ 申請者名： \_\_\_\_\_

1 演習室の概要

演習室の名称	所在地	面積 (㎡)

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) コミュニケーションボード	10		

3 演習内容及び演習経路等

科目名	実施日時	演習内容（項目）	演習場所又は行程
外出介護の技術	月 日 ( ) : ~ :		
	月 日 ( ) : ~ :		
	月 日 ( ) : ~ :		

※ 公共交通機関、公共施設又は商業施設等で演習を実施する場合は、事前に施設等管理者の了承を得ること。  
 ※ 演習場所が複数ある場合は全て記載すること。

演習実施計画（知的障害者外出介護従業者養成研修課程）

研修の名称 \_\_\_\_\_ 申請者名 \_\_\_\_\_

1 演習室の概要

演習室の名称	所在地	面積 (㎡)

2 使用する福祉用具等の内訳

福祉用具等の名称	数量	福祉用具等の名称	数量
(例) コミュニケーションボード	10		

3 演習内容及び演習経路等

科目名	実施日時	演習内容（項目）	演習場所又は行程
外出介護の技術	月 日 : ~ :		
	月 日 : ~ :		
	月 日 : ~ :		
	月 日 : ~ :		
	月 日 : ~ :		

※ 公共交通機関、公共施設又は商業施設等で演習を実施する場合は、事前に施設等管理者の了承を得ること。  
 ※ 演習場所が複数ある場合は全て記載すること。

様式第3号 (略)	様式第3号 (略)
様式第4号 (略)	様式第4号 (略)
様式第5号 (略)	様式第5号 (略)
様式第6号 (略)	様式第6号 (略)

実施報告書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名



「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

研修の名称		
研修課程	※実施した課程の【 】に○を記入すること。A又はBを○で囲むこと。 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日（認定通知に記載されている日付）	
研修番号		
研修実施期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
研修修了者数	全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B）	人
	知的障害者外出介護従業者養成研修課程	人
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	Fax 番号	
	e-mail	

実施報告書

平成 年 月 日

広島県知事 様

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名



「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

研修の名称		
研修課程	※実施した課程の【 】に○を記入すること。A又はBを○で囲むこと。 【 】 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日（認定通知に記載されている日付）	
研修実施期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
研修修了者数	視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B）	人
	全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B）	人
	知的障害者外出介護従業者養成研修課程	人
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	メールアドレス	

【留意事項】

- ① 研修終了後 30 日以内に提出すること。  
② 報告にあたっては、次の書類のうち、必要な書類を添付すること。

<添付書類一覧>

添付書類		備考
1	修了者名簿（様式第 7 号の 2）	
2	受講要件（科目免除要件）確認書（様式第 7 号の 3）	※課程（A）の場合、及び課程（B）で科目免除を行なった場合に添付する。
3	補講実施一覧表（様式第 7 号の 4）	※補講を行なった場合に添付する。

【留意事項】

- ① 研修終了後 30 日以内に提出すること。  
② 報告にあたっては、次の書類のうち、必要な書類を添付すること。

<添付書類一覧>

添付書類		備考
1	修了者名簿（様式第 7 号の 2）	
2	受講要件（科目免除要件）確認書（様式第 7 号の 3）	※課程（A）の場合、及び課程（B）で科目免除を行なった場合に添付する。
3	補講実施一覧表（様式第 7 号の 4）	※補講を行なった場合に添付する。

修了者名簿

研修 番号		事業者名		研修課程	
----------	--	------	--	------	--

修了証 書 番号	氏名	フリガナ	生年月 日	住所	電話番 号	修了 年月日	備考

【留意事項】

- ① 修了者名簿は、研修の課程別に作成し、研修実施者において永久保存すること。
- ② 「修了証書番号」は、修了者ごとに番号が重複しないように付すこと。
- ③ 「修了年月日」は、修了証書等の日付と一致すること。
- ④ 補講受講者に対する修了証書等の交付は、当該補講を含めた全日程を修了したことを確認した後に  
行なうこと。
- ⑤ 受講要件（科目免除要件）のいずれかの研修課程と外出介護従業者養成研修課程を同時並行的に受  
講している者に対する修了証書等の交付は、当該受講要件（科目免除要件）を満たしたことを確認し  
た後に行なうこと。

修了者名簿

「広島県外出介護従業者養成研修認定要綱」に定める 障害者外出介護従業者養成研修課程

修了証書 番号	氏 名	フリガナ	生年月 日	住 所	電話番号	修了年月 日	備考

【留意事項】

- ① 修了者名簿は、研修の課程別に作成し、研修実施者において永久保存すること。
- ② 「修了証書番号」は、修了者ごとに番号が重複しないように付すこと。
- ③ 「修了年月日」は、修了証書等の日付と一致すること。
- ④ 補講受講者に対する修了証書等の交付は、当該補講を含めた全日程を修了したことを確認した後に  
行なうこと。
- ⑤ 受講要件（科目免除要件）のいずれかの研修課程と外出介護従業者養成研修課程を同時並行的に受  
講している者に対する修了証書等の交付は、当該受講要件（科目免除要件）を満たしたことを確認し  
た後に行なうこと。

受講要件（科目免除要件）確認書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号  
主たる事務所の所在地  
法人・団体名  
代表者の職・氏名 (印)

次の受講者が受講要件（科目免除要件）を満たしていることを証明書類により確認しました。

課程： 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B）

修了証書番号	受講者氏名	確認した書類の番号 (又は書類の名称)

※ 確認した書類の番号欄には、受講要件（科目免除要件）を確認した書類の番号を次表から選んで記載すること。ただし、「14」の場合は書類の名称を記載すること。

【書類番号】

番号	確認した書類	番号	確認した書類
1	居宅介護職員初任者研修課程修了証明書	8	介護福祉士実務者研修修了証明書
2	居宅介護従業者養成研修 1 級課程修了証明書	9	介護福祉士の資格証明書
3	居宅介護従業者養成研修 2 級課程修了証明書	10	看護師の資格証明書
4	介護職員初任者研修課程修了証明書	11	准看護師の資格証明書
5	介護員養成研修 1 級課程修了証明書	12	保健師の資格証明書
6	介護員養成研修 2 級課程修了証明書	13	助産師の資格証明書
7	介護員養成研修介護職員基礎研修課程修了証明書	14	その他

受講要件（科目免除要件）確認書

平成 年 月 日

広島県知事 様

主たる事務所の所在地  
法人・団体名  
代表者の職・氏名 (印)

次の受講者が受講要件（科目免除要件）を満たしていることを証明書類により確認しました。

課程 障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B）

修了証書番号	受講者氏名	確認した書類の番号（又は書類の名称）

※ 確認した書類の番号欄には、受講要件（科目免除要件）を確認した書類の番号を次表から選んで記載すること。ただし、「14」の場合は書類の名称を記載すること。

【書類番号】

番号	確認した書類	番号	確認した書類
1	居宅介護職員初任者研修課程修了証明書	8	介護福祉士実務者研修修了証明書
2	居宅介護従業者養成研修 1 級課程修了証明書	9	介護福祉士の資格証明書
3	居宅介護従業者養成研修 2 級課程修了証明書	10	看護師の資格証明書
4	介護職員初任者研修課程修了証明書	11	准看護師の資格証明書
5	介護員養成研修 1 級課程修了証明書	12	保健師の資格証明書
6	介護員養成研修 2 級課程修了証明書	13	助産師の資格証明書
7	介護員養成研修介護職員基礎研修課程修了証明書	14	その他

様式第7号の4  
(略)

様式第8号

変更届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

研修の名称		
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付)	
研修番号		
変更内容		
変更理由		
変更年月日	平成 年 月 日	
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	Fax 番号	
	e-mail	

様式第7号の4  
(略)

様式第8号

変更届

平成 年 月 日

広島県知事 様

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

研修の名称		
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付)	
変更内容		
変更理由		
変更年月日	平成 年 月 日	
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	メールアドレス	



【留意事項】

- ① 変更を決定した日から 10 日以内に提出すること。
- ② 認定を受けた研修の全部又は一部を中止する場合は、「研修中止届」(様式第 9 号)によること。
- ③ 届出にあたっては、次の書類のうち、変更のある書類を添付すること。  
なお、変更箇所には下線等をする。 (変更箇所が多数ある場合は、新旧対照表を添付すること。)

<添付書類一覧(変更のある書類のみを添付すること。)>

1	学則(事業概要)(様式第 2 号の 1)
2	研修日程表(様式第 2 号の 2)
3	演習実施計画(様式第 2 号の 3)
4	講師履歴書(様式第 3 号)
5	講義室(演習室)使用承諾書(様式第 4 号)の写し又はこれに代わる書類の写し
6	研修の実施に関する収支予算(様式第 5 号)
7	定款その他の基本約款(又は規約, 会則等)
8	修了証書(要綱様式第 1 号)及び携帯用修了証書(要綱様式第 2 号)の様式
9	誓約書(様式第 6 号)
10	添削指導に関する問題, 解答用紙及び模範解答
11	オリジナルテキストの写し
12	その他必要があると知事が認めるもの

【留意事項】

- ① 変更を決定した日から 10 日以内に提出すること。
- ② 認定を受けた研修の全部又は一部を中止する場合は、「研修中止届」(様式第 9 号)によること。
- ③ 届出にあたっては、次の書類のうち、変更のある書類を添付すること。  
なお、変更箇所には下線等をする。 (変更箇所が多数ある場合は、新旧対照表を添付すること。)

<添付書類一覧(変更のある書類のみを添付すること。)>

1	学則(事業概要)(様式第 2 号の 1)
2	研修日程表(様式第 2 号の 2)
3	演習実施計画(様式第 2 号の 3)
4	講師履歴書(様式第 3 号)
5	講義室(演習室)使用承諾書(様式第 4 号)の写し又はこれに代わる書類の写し
6	研修の実施に関する収支予算(様式第 5 号)
7	定款その他の基本約款(又は規約, 会則等)
8	修了証書(要綱様式第 1 号)及び携帯用修了証書(要綱様式第 2 号)の様式
9	誓約書(様式第 6 号)
10	添削指導に関する問題, 解答用紙及び模範解答
11	オリジナルテキストの写し
12	その他必要があると知事が認めるもの

研修中止届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号  
主たる事務所の所在地  
法人・団体名  
代表者の職・氏名 ㊟

次の研修を中止することとしたので、「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第9条の規定により届け出ます。

研修の名称		
研修課程	※中止する課程の【 】に○を記入すること。A又はBを○で囲むこと。 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日（認定通知に記載されている日付）	
<u>研修番号</u>		
中止する研修の日程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
中止を決定した日	平成 年 月 日	
中止の理由		
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	Fax 番号	
	e-mail	

【留意事項】

- (1) 中止を決定した日から10日以内に提出すること。
- (2) 研修が一体的に実施される複数課程の研修の中止を決定した場合、同時に届出をすることも可能であること。  
この場合、該当する全ての内容を記入すること。

研修中止届

平成 年 月 日

広島県知事 様

主たる事務所の所在地  
法人・団体名  
代表者の職・氏名 ㊟

次の研修を中止することとしたので、「広島県障害者外出介護従業者養成研修認定要綱」第9条の規定により届け出ます。

研修の名称		
研修課程	※中止する課程の【 】に○を記入すること。A又はBを○で囲むこと。 【 】 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 全身性障害者外出介護従業者養成研修課程（A・B） 【 】 知的障害者外出介護従業者養成研修課程	
知事の認定を受けた年月日	平成 年 月 日（認定通知に記載されている日付）	
中止する研修の日程	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
中止を決定した日	平成 年 月 日	
中止の理由		
事務担当者連絡先	担当者名	
	住所	
	電話番号	
	FAX 番号	
	メールアドレス	

【留意事項】

- ① 中止を決定した日から10日以内に提出すること。
- ② 複数の研修の中止を決定した場合、同時に届出をすることも可能であること。  
この場合、該当する全ての内容を記入すること。

(参考様式 1)

(略)

(参考様式 1)

(略)