

障がい者居宅介護従業者基礎研修事業者指定申請書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第538号）第1条第4号に掲げる障がい者居宅介護従業者基礎研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱第6条第1項の規定により申請します。

研修の名称	障がい者居宅介護従業者基礎研修
研修事業の名称	
研修事業を実施する府内の事業所所在地	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： メールアドレス：
情報開示を行う場合のホームページのアドレス	http://
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

申請事務代行者連絡先	※申請事務のみを行う行政書士等を利用する場合のみ記載 氏名： 電話：
------------	--

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	(1)資産の状況を示す書類 イ 決算報告書（直近1事業年度のもの） ・貸借対照表 ・損益計算書

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別注記表 ロ 会社法に係る事業報告書 ハ 会社案内冊子 ニ 組織図 <p>※申請者が該当するもので、すべての書類が添付されていなければ、チェック欄に「○」を記載しないこと。</p>
	(2) 定款、寄附行為その他の基本約款
	(3) 履歴事項全部証明書の原本（法人の場合）
	(4) 第5条第2項各号に該当しない旨の誓約書（別添1-1）、 暴力団等に関する要件確認申立書（別添1-2） 審査情報（別添1-3）【電磁的記録を含む】 ※審査情報は、書面と併せて磁気媒体も提出すること。
	(5) 情報を公表する場合、公表情報の内訳及び公表資料（ホームページに掲載しているものをプリントアウトしたもの）「研修機関が公表すべき情報の内訳」チェックリスト（別添1-5）
	(6) 使用印鑑届（別添1-6）
	(7) 今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」
	(8) 学則（別添2-1）
	(9) 講師一覧表（別添2-2）
	(10) 講師履歴書（別添2-3）
	(11) 講義・演習室使用承諾書（別添2-4）の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	(12) 演習使用備品一覧表（別添2-5）
	(13) 実習施設一覧表（別添2-6）
	(14) 実習施設承諾書（別添2-7）の写し
	(15) 修了証明書及び修了証明書（携帯用）の様式（要綱別記様式）

講義を通信の方法で行おうとする者

○	提出書類
	(1) 通信学習課題及びその模範解答
	(2) 委託契約書の写し（通信添削業務委託する場合）
	(3) 通信学習実施計画書（別添2-8）

指定を受けた後、初めに実施する研修の書類

○	提出書類
	(1) 年間実施計画（様式第9号）及びその電磁的記録
	(2) 開講届出書（様式第4号）
	(3) 研修スケジュール（別添3）

記載例

様式第1号（第6条関係）

障がい者居宅介護従業者基礎研修事業者指定申請書

※府提出日とすること

年 月 日

初回研修開始予定日の90日前までに提出すること。

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

本社の所在地、法人名称、代表者職・氏名を記載のこと。

商号又は名称
代表者職・名

「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」（平成18年厚生労働省告示第538号）第1条第4号に掲げる障がい者居宅介護従業者基礎研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱第6条第

受講生に分かり易いように、原則として法人名称を入れること。

研修の名称	障がい者居宅介護従業者基礎研修
研修事業の名称	株式会社〇〇 介護スクール 障がい者居宅介護従業者基礎研修講座
研修事業を実施する府内の事業所所在地	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： メールアドレス： <p>学則に記載の者と同じ者であること。 この連絡先は、大阪府からの緊急連絡や情報提供などの様々な連絡に使用します。</p>
情報開示を行う場合のホームページのアドレス	http://
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

申請事務代行者連絡先	※申請事務のみを行う行政書士等を利用する場合のみ記載 氏名： 電話：
------------	--