

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領

第1 要領の性格

- 1 この要領は、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱（以下「要綱」という。）第21条の規定に基づき、難病患者等ホームヘルパー養成研修（以下「研修」という。）の研修事業の実施に際しての要領（以下「要領」という。）を定めたものである。
- 2 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者（以下「事業者」という。）は、研修事業が適正かつ円滑に実施できるよう、この要領を踏まえ、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。

第2 総論

1 研修の目的

難病患者等の多様化するニーズに対応した適切なホームヘルプサービスの提供に必要な知識、技能を修得することを目的とする。

2 実施にあたっての基本方針

要綱第2条に規定するもののほか、事業者が遵守すべき基本方針は、以下のとおりとする。

(1) 内容及び手続きの説明及び同意

事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。

(2) 受講の受付

受講の受付は、当該研修の開講届を受理された日以降でなければ行うことはできない。

(3) 受講決定後の取消しの対応

事業者は、やむを得ない理由により、受講の決定を取り消す場合は、取り消された受講決定者に対し十分な説明を行うとともに、他の事業者の紹介等必要な措置を速やかに講じなければならない。

(4) 受講資格等の確認

事業者は、受講希望者の受講要件や科目免除要件の有無を確実に確認しなければならない。

受講要件の確認は、受講希望者から、修了証明書等の写し、履修中証明書（参考

様式)又は介護福祉士登録証の写しの提出を求めて行うこと。

(5) 受講申請に係る手続きの援助及び本人確認

事業者は、受講希望者が受講の申込みをする際に、手続きに必要な事項等に関し、必要な助言を懇切丁寧に行わなければならない。

また、受講申込受付時又は初回受講時において、次に掲げるいずれかにより受講者本人であることの確認を行うとともに、その原本若しくは写しを要綱第20条第3号の規定により適切に保存しなければならない。

なお、本人確認の際には、受講希望者の過度な負担にならないよう留意すること。

- ① 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票
- ② 住民基本台帳カード
- ③ 在留カード等
- ④ 健康保険証
- ⑤ 運転免許証
- ⑥ パスポート
- ⑦ 年金手帳
- ⑧ 運転免許以外の国家資格を有する者については、その免許証又は登録証

(6) 身分を証する書類の携帯

事業者は、研修事業に携わる職員や講師等に身分証等を携帯させ、受講者等から求められたときはこれを提示すべき旨を指導しなければならない。

(7) 緊急時等の対応

研修を実施しているときに受講者の体調が悪化した場合など、速やかに必要な措置を講じなければならない。

(8) 衛生管理等

- ① 事業者は、受講者等の清潔の保持及び健康状態について留意するとともに、必要な措置を講じるよう努めなければならない。
- ② 研修事業を実施するために使用する設備及び備品等について、衛生的に管理しなければならない。

(9) 秘密保持等

要綱第2条第4項の規定は、従業者又は従業者であった者を問わず適用するものとする。

(10) 広報

- ① 事業者は、指定を受ける前に広報を行うことはできない。
- ② 事業者は、広報を行う際には、難病患者等ホームヘルパー養成研修の課程であることを明記すること。併せて、事業者名、大阪府から指定を受けた研修事業名及び事業者指定番号を必ず付記した上で広報を行うこと。
- ③ 広報の内容が、受講希望者等に誤解を与えることのないよう適切な表現を使用

すること。また、虚偽又は誇大な表現は使用してはならない。

- ④ 広報に使用したパンフレット、チラシ及び雑誌・新聞等へ掲載した原稿等を適切に保管しておくこと。

(11) 苦情処理等

- ① 事業者は、研修事業に係る受講者等からの苦情等に迅速かつ適切に対応するために、受付・対応窓口等を設置しなければならない。
- ② 事業者は、苦情等を受け付けた場合には、当該苦情等の内容を苦情・相談対応記録簿（標準様式1）に記録し、その再発防止に取り組まなければならない。

(12) 事故発生時の対応

- ① 事業者は、研修実施中に事故が発生した場合は、大阪府担当者及び当該受講者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ② 事業者は、事故に至った経緯及び事故に際してとった処置について記録し、大阪府に報告しなければならない。

(13) 会計の区分

事業者は、研修事業の会計とその他の会計を区分しなければならない。

3 研修の定員

1 研修あたりの定員は 50 名以内とする。（市町村等を除く。）

4 研修の科目及び内容

各課程における研修の科目及び内容は、次のとおりとする。

課程	内容
難病基礎課程Ⅱ	別紙1のとおり
難病基礎課程Ⅰ	別紙2のとおり
難病入門課程	別紙3のとおり

5 受講対象者

今後、難病患者等ホームヘルプサービス事業に従事しようとする者であって、介護員養成研修若しくは居宅介護従業者養成研修の修了者又は履修中の者及び介護福祉士とする。

なお、各課程の受講対象者については次のとおりとする。

課程	受講対象者
難病基礎課程Ⅱ	介護職員基礎研修若しくは一級課程研修の修了者又は履修中の者及び介護福祉士
難病基礎課程Ⅰ	二級課程研修の修了者又は履修中の者及び介護福祉士
難病入門課程	三級課程研修の修了者又は履修中の者及び介護福祉士

6 研修の委託等

研修の全部を委託して実施することはできない。ただし、大阪府及び府内市町村が

実施主体である場合はこの限りでない。この場合の委託先は、大阪府知事が指定した事業者でなければならない。

7 研修の受託

大阪府及び府内市町村から委託を受けて研修を実施する場合は、学則にその旨を記載しなければならない。

第3 指定の要件

1 研修事業運営のための職員配置

要綱第5条第1項第3号に規定する研修事業を適切かつ円滑に実施するために以下の職員を配置すること。

なお、各担当業務を処理する職員については、個別に配置することが望ましい。

(1) 研修責任者

研修事業全般の運営に責任を持ってあたる者

(2) 課程編成責任者

当該研修におけるシラバスの作成及び効果的なカリキュラムの組立並びに講師の適正配置等の研修事業の監理・監修にあたる者

(3) 苦情相談担当者

受講者等からの苦情等の対応及び苦情・相談記録簿への記載・管理を担当する者

(4) 研修事務担当者

受講者や大阪府との間で、実際の研修事業に係る事務を担当する者

2 研修実施の場所

要綱第5条第1項第4号に規定する研修実施の場所は、大阪府内（指定都市を除く。）で行うものとする。

3 講師

(1) 要件

要綱第5条第1項第8号に規定する講師については、各課程それぞれの科目を教授するに相当と認められる実務経験を有する者が講義等を担当することとし、次の①及び②を満たすこと。

ただし、この要件に定めのない者で、その業績から当該科目を教授するに相当であると認められる者については、知事の承認を得て担当することができる。

① 各課程における科目を教授するに適切な職種等は次のとおりとする。

課程	講師要件に関する職種等
難病基礎課程Ⅱ	別紙4のとおり
難病基礎課程Ⅰ	別紙5のとおり
難病入門課程	別紙6のとおり

② 実務経験は5年以上とすること。(福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等においては概ね1年以上とする。)

(2) 留意事項

福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

(3) 講師一覧表の定期点検

① 講師の選任にあたっては、「講師履歴書」(別添2-3)によりその要件を確認するとともに、「講師一覧表」(別添2-2)で整理しておくこと。

② 講師一覧表に記載されている講師については、定期的に見直しの機会を持つものとし、2年以上講義等を担当していない場合、要件を満たさなくなった場合又は講師自らが辞退を申し出た場合は、講師一覧表から速やかに削除するとともに大阪府に対し所定の届出を行うこと。

4. 講義室

(1) 要綱第5条第1項第9号に規定する講義室の広さは、受講者1名あたり1.65平方メートル以上であること。

(2) 講義室が事業者自ら所有する場所でない場合は、講義室を所有する者から徴取した「講義室使用承諾書」(別添2-4)を提出しなければならない。ただし、講義室を所有する者と賃貸借契約等を締結し、その契約書により講義室の面積等が確認出来る場合は、申請等の手続きにおいて、契約書の写しを提出することにより講義室使用承諾書に代えることができる。

なお、事業者自ら所有する講義室の場合は、講義室の面積等が確認出来る書面を提出すること。

5 学則

要綱第5条第1項第10号に規定する事業者が定める学則は、自らの研修事業の内容を明らかにするために、以下の各号に示す内容を記載しなければならない。

- ① 商号又は名称
- ② 研修事業の名称
- ③ 研修の種類
- ④ 研修課程
- ⑤ 事業者指定番号
- ⑥ 開講の目的
- ⑦ 講義室
- ⑧ 講師の氏名及び担当科目
- ⑨ 使用テキスト
- ⑩ 受講資格

- ⑪ 広告の方法
- ⑫ 情報開示の方法
- ⑬ 受講手続き及び本人確認の方法
- ⑭ 受講料及び受講料支払方法
- ⑮ 解約条件及び返金の有無
- ⑯ 受講者の個人情報の取扱
- ⑰ 研修修了の認定方法
- ⑱ 科目免除の取扱
- ⑲ 受講中の事故等についての対応
- ⑳ 研修責任者名、所属名及び役職
- ㉑ 課程編成責任者名、所属名及び役職
- ㉒ 苦情相談担当者名、所属名、役職及び連絡先
- ㉓ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先
- ㉔ 修了証書等を亡失・毀損した場合の取扱
- ㉕ その他研修に関する事項

第4 研修の実施(第3条関係)

1 研修内容等

研修内容については、創意工夫をもって研修内容の充実及び質の向上に努めることとし、第2の4に定める基準と同等もしくはそれ以上のものであること。

2 研修の実施

- (1) 研修の効果を高めるために、研修目的、基本的な展開方法、指導方法等を定めて実施すること。
- (2) 研修の実施に際しては、開講式においてオリエンテーションを実施することとし、研修スケジュール(別添3)等を配付するとともに、研修受講にあたっての留意事項や補講実施の有無など学則(別添2-1)に記載されている事項について説明すること。
- (3) 受講者の出席を適切に確認するために出席簿(別添4-2)を講義室に備え付け、教科始業時に毎回受講者本人の署名又は押印により出席を確認すること。
- (4) 講師の講義の実施を確認するため、出席簿の講師欄に署名を受けること。
- (5) 研修のカリキュラムは、研修の質を高めることなど合理的な理由がある場合は、その順序を工夫して実施することについては差し支えないものとする。また、地域性、受講者の希望等を考慮して、必要な科目を追加することは差し支えないものとする。

3 講義

- (1) 習得すべき知識がより効果的に学べるよう、適切な教材を選定し、講義内容等

を工夫して行うこと。なお、受講者の理解を深めるため、必要に応じて難病患者等を交えた講義を行うことが望ましい。

(2) 事業者は、講師について、研修事業の趣旨を理解し、講義・演習を適切に行うことができる者を選任し、各講師の研修実施内容について評価を行い、常に講師の質の向上を図るため必要な措置を講じること。

(3) 講師を担当する者は、指導技術の向上を図るために、自らの能力開発に責任を持ち、必要な知識を得るなどの自己研鑽に努めること。

(4) 通学学習において、視聴覚教材を視聴させるのみで行う研修は認めない。

4 科目の免除

難病入門課程修了者が難病基礎課程Ⅰを受講する場合には、その証明が可能な受講者の希望により、難病基礎課程Ⅰの研修科目のうち、次の研修科目について科目の免除をすることができる。

なお、免除要件の確認は、難病入門課程の修了証書等の写しの提出を受けて行うこと。

難病入門課程修了者の免除科目

難病基礎課程Ⅰ	(5) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ	(1時間)
	(7) 難病患者の心理及び家族の理解	(1時間)

第5 指定申請手続(第6条関係)

事業者の指定を受けようとする者は、「難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書」(様式第1号)に以下に掲げる書類を添付して研修を開始する90日前までに申請しなければならない。なお、申請者は、指定申請時に必要な書類に加えて、年間実施計画及び開講届を提出しなければならない。

事業者指定申請手続に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
事業者の指定申請	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書	様式第1号	研修開講の90日前
	1 資産の状況を示す書類		
	2 定款、寄附行為その他の基本約款等		
	3 履歴事項全部証明書の原本(法人の場合)		
	4 誓約書 要件確認申立書 暴力団等審査情報(磁氣的記録含む)	別添1-1 別添1-2 別添1-3	
	5 使用印鑑届(修了証書に使用する印鑑)	別添1-6	
6	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」		

7.	学則	別添2-1
8	講師一覧表	別添2-2
9	講師履歴書	別添2-3
10	講義室使用承諾書の写し及び平面図 ※自己所有の場合は平面図	別添2-4
11	修了証書及び携帯用修了証明書の様式	要綱別記様式
12	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号
13	難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書	様式第4号
14	研修スケジュール	別添3

第6 年間実施計画の届出(第7条関係)

- (1) 事業者は、毎事業年度(4月から翌年の3月まで)ごとに、課程、開講月、定員、受講料、実施場所等の研修実施予定を記載した「難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書」(様式第9号)を届け出なければならない。なお、様式第9号については、紙媒体によるものと併せて、電磁的記録によるものを併せて提出するものとする。
- (2) 年間実施計画書は、新たに研修を追加するときや計画していた研修を実施しないときはもちろんのこと、その他届け出た内容に変更が生じる場合も、その都度届け出るものとする。
- (3) 研修は、届け出た年間実施計画に基づき実施しなければならない。
- (4) 年間実施計画書の提出時において研修を実施する予定がないとき又は年間実施計画書提出後において研修を実施する見込みがなくなったときは、「難病患者等ホームヘルパー養成研修事業年間休止届出書」(様式第8号)を届け出ること。
- (5) 知事は、2ヵ年度にわたって年間実施計画の届出がなかったときは、研修を実施する見込みがないものとして、廃止の届出があったものとみなすことができるものとする。

年間実施計画の届出に関する必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
年間実施計画の届出	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	当該事業年度開始前の3月31日、又は当該事業年度の研修事業に関して最初に開講する日の30日前の日のいずれか早い日
研修の追加	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	研修開講の30日前
	難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書	様式第4号	
	1 研修スケジュール	別添3	
研修の減数(削除)	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	速やかに

開始月、定員数等の変更	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	速やかに
-------------	-------------------------	-------	------

第7 開講及び休講の届出(第8条及び第9条関係)

1 開講の届出

年間実施計画で届け出た研修を開講するときは、当該研修の課程、コース名、研修予定日等を記載した「難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書」(様式第4号)に以下に掲げる書類を添付して開講を届け出なければならない。また、開講を届け出た研修スケジュールの内容に変更が生じた場合は、変更後の内容が記載された書類を速やかに提出しなければならない。

なお、出講予定講師が出講を取り止める場合は、辞退届(標準様式2)によりその旨を届け出るものとし、新たな研修スケジュール(別添3)により届け出なければならない。

2 休講の届出

前記により開講を届け出た後に、やむを得ない事情により休講する場合は、「難病患者等ホームヘルパー養成研修休講届出書」(様式第7号)により休講を届け出なければならない。

開講及び休講の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
研修の開講の届出	難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書	様式第4号	開講日の30日前
	1 研修スケジュール	別添3	
研修の休講の届出	難病患者等ホームヘルパー養成研修休講届出書	様式第7号	速やかに

第8 指定内容の変更の届出(第10条関係)

(1) 下記に掲げる事業者に関する事項や研修事業に関する事項など指定内容に変更が生じる場合は、変更が生じる日の10日前までに(登記事項に係るものについては登記後すみやかに)「難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書」(様式第6号)に変更内容に応じた書類を添付して変更を届け出なければならない。

指定内容の変更の届出に必要な書類一覧

変更事項	提出書類	様式番号	提出時期
事業者に関する事項	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号	変更後、すみやかに
	1 定款、寄附行為その他の基本約款等		
	2 履歴事項全部証明書の原本(法人の場合)		
	3 修了証書及び携帯用修了証明書の様式(変更があった場合)	要綱別記様式	
4 変更後の学則	別添2-1		

	研修事業の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号	変更の生じる		
	1	変更後の学則	別添2-1			
	研修事業を実施する府内の事業所所在地	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号	10日前		
	1	住所変更がわかるもの				
	定款等(当該事業に関するものに限る。)	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号	変更後、すみやかに		
	1	変更後の定款等				
	使用印鑑届	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号			
	1	変更後の使用印鑑届	別添1-6			
研修事業に関する事項	学則	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号	変更の生じる		
		1	変更後の学則、その他必要書類		別添2-1 他	
	講師の追加	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号		10日前	
		1	講師履歴書 (※資格証明書等の写しを添付すること)			別添2-3
		2	変更後の講師一覧表			別添2-2
	講師の削除	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号		10日前	
		1	変更後の講師一覧表			別添2-2
	講義室の変更又は追加	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号			
		1	学則			別添2-1
		2	講義室使用承諾書等の写し			別添2-4
	講義室の削除	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書	様式第6号			
		1	学則			別添2-1
上記の変更事項の他、知事が必要と認めるもので、変更内容の確認のために必要な書類を添付しなければならない。						

第9 休止及び再開の届出(第11条関係)

- (1) 事業者は、年間実施計画書の提出時において研修を実施する予定がないとき又は年間実施計画書提出後において研修を実施する見込みがなくなったときは、「難病患者等ホームヘルパー養成研修事業年間休止届出書」(様式第8号)を提出すること。
- (2) 休止していた事業者が研修を再開するときは、「難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書」(様式第9号)及び「難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書」(様式第4号)を届け出なければならない。

休止及び再開の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
研修の休止の届出	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間休止届出書	様式第8号	速やかに
	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	
研修の再開の届出 ※休止期間が2ヶ 年度にわたる場合 は要綱第6条第2 項の書類を追加。	難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書	様式第9号	開講日の30日前
	難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書	様式第4号	
	1 研修スケジュール	別添3	

第10 修了証書等(第12条関係)

1 修了の認定

- (1) 事業者がその修了を認定した者に対し、修了証書及び携帯用修了証明書(要綱別記様式。以下、「修了証書等」という。)を遅滞なく交付すること。
- (2) 事業者は、研修の修了について認定基準を定め、学則に明記すること。
- (3) 事業者は、受講者が各課程において求められている知識及び技術が修得されているかについて確認するよう努めること。

2 修了証書等の交付番号

- (1) 修了証書等の交付番号については、次の方法にしたがって番号を付すこと。

大阪第(西暦下2桁) - (課程番号) - (事業者指定番号) - (修了者の個別番号)号

- (2) 西暦下2桁番号は、研修を開講した年度を西暦により表記した際の下2桁の数字を付すこと。
- (3) 課程番号は、次の表のとおり研修課程の番号を付すこと。

難病基礎課程Ⅱ	22
難病基礎課程Ⅰ	21
難病入門課程	20

- (4) 事業者指定番号は、府が事業者ごとに通知した指定番号を付すこと。
- (5) 修了者の個別番号は、修了者ごとに番号が重複しないように付した個別番号とすること。

3 修了証書等の亡失・き損時の対応について

事業者は、修了証書等の亡失・き損により、研修修了者から証明の依頼があったときは、「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明を行うこと。

なお、自らが行った研修の修了者への証明書交付事務については、当該研修事業を廃止した後であっても、法人等が存続するまでその責務を負わなければならない。

第11 実績報告(第13条関係)

- (1) 事業者は、研修終了後60日以内に「難病患者等ホームヘルパー養成研修実績報告書」(様式第5号)に以下の書類を添付して報告しなければならない。

実績報告に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
実績報告	難病患者等ホームヘルパー養成研修実績報告書	様式第5号	研修終了後 60日以内
	1 修了者名簿及び電磁的記録	別添4-1	
	2 出席簿の写し	別添4-2	
	3 受講者一覧名簿	別添4-3	
	4 修了証明書等の写し、履修中証明書又は介護福祉士登録証の写し(受講要件、科目免除の確認に用いたもの)		

- (2) 事業者は、すべての修了者名簿を綴った台帳を整備し、永年保存しなければならない。

第12 廃止の届出(第15条関係)

- (1) 研修事業を廃止する場合は、廃止しようとする10日前までに「難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届出書」(様式第3号)により届け出ること。
- (2) 知事は、2ヵ年度にわたって研修事業の実績がなく、今後の実施予定のないものについては、速やかに廃止の手続きを行うものとする。
- (3) 研修事業を2ヵ年度にわたって実施しなかった場合は、廃止の届出があったものとみなし、知事は廃止手続きができるものとする。
- (4) 事業者は、事業を廃止した後においても、第13に掲げる書類を保存するとともに、修了証書等の亡失・き損により、修了者からの依頼があったときは「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき、その証明を行わなければならない。

廃止の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
事業廃止の届出	難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届出書	様式第3号	廃止日の10日前

第13 書類の保存(第20条関係)

- 研修に関する書類については、研修を修了した日を起算日として以下に掲げる期間適切に保存しなければならない。

書類名	保存期間
修了者台帳	永年
出席簿 本人確認書類の原本若しくはその写し 修了証明書等の写し、履修中証明書又は介護福祉士登録証の写し（受講要件、科目免除の確認に用いたもの） 修了証書等の写し 等	5年
その他関係書類	1年

第14 この要領の適用について

- 1 この要領は、平成23年12月15日から適用するものとする。
- 2 この要領は、平成26年3月31日から適用するものとする。
- 3 この要領は、令和元年7月30日から適用するものとする。
- 4 この要領は、令和3年6月1日から適用するものとする。
- 5 この要領は、令和4年3月7日から施行し、令和3年11月22日から適用するものとする。

（経過措置）

この要領の施行の際、現に改正前の大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領（以下「旧要領」という。）の様式により提出されている書類は、改正後の大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領（以下「新要領」という。）の様式により提出されたものとみなす。

科目名	目的及び内容
Ⅰ 難病に関する行政施策（1時間）	
(1) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ （1時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病の保健・医療・福祉制度のサービスの種類、内容、役割について理解を深める。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病の保健・医療・福祉制度とサービスの詳細な把握
Ⅱ 難病に関する基礎知識（4時間）	
(2) 難病の基礎知識Ⅱ （3時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ホームヘルパーがその業務において直面するレベルを中心とした難病患者の医学・保健の基礎知識について理解を深める。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病各疾患及び難病に関する保健の理解
(3) 難病患者の心理学的援助法 （1時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病患者に対する心理的援助方法について学習し、その視点を理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 心理学的リハビリテーションの効果的な援助方法の概要把握とその基本視点の難病ホームヘルプサービスへの活用
Ⅲ 難病に関する介護の実際（1時間）	
(4) 難病に関する介護の事例検討等 （1時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の保健部門及び保健所との関わり方を中心に、異なった職種やサービスの連携について学習を深める。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の保健部門及び保健所の難病関連業務の学習 ・ 難病のケースでかかわることの多い異職種や他のサービスとの連携、調整等の事例検討

科目名	目的及び内容
Ⅰ 難病に関する行政施策（1時間）	
(5) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ （1時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病患者の在宅生活援助に役立つ制度及びサービスを中心にその種類、内容、役割について理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病の保健・医療・福祉の背景と動向 ・ 難病の保健・医療・福祉の制度とサービスの種類、内容、役割の理解
Ⅱ 難病に関する基礎知識（3時間）	
(6) 難病の基礎知識Ⅰ （2時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病に関する正しい基礎知識を理解することによって、患者に対する偏見を除く。 ・ 業務において直面する頻度の高い難病を医学的に理解する。 ・ 実践的視点で利用者の状態像を把握し、在宅生活支援に役立つ知識を中心に学習する。 ・ 援助の基本的方向性を把握する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病についての正しい概念 ・ パーキンソン病、全身性エリテマトーデス等患者数の多い疾患
(7) 難病患者の心理及び家族の理解 （1時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病患者の心理に対する理解を深め、心理的援助のあり方について把握する。 ・ 難病患者の家族に対する理解を深め、援助の目的と機能を理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 難病患者の生活行動と心理 ・ 難病患者の人間関係及び患者とのコミュニケーション ・ 難病患者への心理的援助の実際 ・ 難病患者の家族のストレス ・ 難病患者の家族とのコミュニケーションと援助

科目名	目的及び内容
I 難病に関する行政施策（1 時間）	
(8) 難病の保健・医療・福祉制度 I （1 時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病患者の在宅生活援助に役立つ制度及びサービスを中心にその種類、内容、役割について理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病の保健・医療・福祉の背景と動向 難病の保健・医療・福祉の制度とサービスの種類、内容、役割の把握
II 難病に関する基礎知識（3 時間）	
(9) 難病入門 （2 時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病に関する正しい基礎知識を理解することによって、患者に対する偏見を除去。 難病患者の特徴を把握し、援助の基本的な方向性を理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病についての正しい概念 難病患者の特徴の理解と援助
(10) 難病患者の心理及び家族の理解 （1 時間）	<p>（目的）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病患者の心理に対する理解を深め、心理的援助のあり方について把握する。 難病患者の家族に対する理解を深め、援助の目的と機能を理解する。 <p>（内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 難病患者の生活行動と心理 難病患者の人間関係及び患者とのコミュニケーション 難病患者への心理的援助の実際 難病患者の家族のストレス 難病患者の家族とのコミュニケーションと援助

講師要件一覧表（難病基礎課程Ⅱ）

○：実務経験5年以上 ◇：実務経験1年以上

※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目名	講師要件（実務経験等）
I 難病に関する行政施策（1時間）	
(1) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ （1時間）	○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識（4時間）	
(2) 難病の基礎知識Ⅱ （3時間）	○医師 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3) 難病患者の心理学的援助法 （1時間）	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
III 難病に関する介護の実際（1時間）	
(4) 難病に関する介護の事例検討等 （1時間）	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

講師要件一覧表（難病基礎課程 I）

○：実務経験5年以上 ◇：実務経験1年以上

※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目名	講師要件（実務経験等）
I 難病に関する行政施策（1時間）	
(5) 難病の保健・医療・福祉制度 I （1時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識（3時間）	
(6) 難病の基礎知識 I （2時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○医師 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(7) 難病患者の心理及び家族の理解 （1時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

講師要件一覧表（難病入門課程）

○：実務経験5年以上 ◇：実務経験1年以上

※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目名	講師要件（実務経験等）
I 難病に関する行政施策（1時間）	
(8) 難病の保健・医療・福祉制度 I（1時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識（3時間）	
(9) 難病入門（2時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(10) 難病患者の心理及び家族の理解（1時間）	<ul style="list-style-type: none"> ○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

様式第1号 (第6条関係)

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書

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

難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第6条第1項の規定により申請します。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修 (課程)
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：
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○)

<input type="radio"/>	提出書類
<input checked="" type="radio"/>	(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 □ 会社法に係る事業報告書（株式会社の場合） 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い場合は、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）及び審査情報（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) 修了証書及び携帯用修了証明書の様式（要綱別記様式）

承認を受けた後、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)

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書

初回研修開始予定日の90
日前までに提出すること。

年 月 日

大阪府知事 様

本社の所在地、法人名称、
代表者職・氏名を記載のこと。

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・名

難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第6条第1項の規定により申請します。

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	難病患者等ホームヘルパー養成研修
研修事業の名称	株式会社〇〇 介護スクール 難病患者等ホームヘルパー研修
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：
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

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。

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：
------------	--

様式第2号（第6条の2関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業課程追加申請書

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

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業の課程を追加したいので、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第6条の2第1項の規定により申請します。

研修事業の名称	
指定番号	
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：
現に指定を受けている課程	
追加する課程	
研修開始予定年月日	年 月 日

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：
---------	--

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○）

<input checked="" type="checkbox"/>	提出書類
<input type="checkbox"/>	(1) 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」
<input type="checkbox"/>	(2) 学則（別添2-1）

	(3)講師一覧表 (別添2-2)
	(4)講師履歴書 (別添2-3)
	(5)講義室使用承諾書等の写し及び平面図 (別添2-4等)
	(6)修了証書及び携帯用修了証明書の様式 (要綱別記様式)

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)

様式第3号 (第15条関係)

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届出書

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

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第15条第1項の規定により、
下記研修の廃止を届け出ます。

なお、現時点において、実績報告などの本府に提出すべき書類の漏れが一切ないことを
ここに申し添えます。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修 (課程)
指定番号	
廃止年月日	
廃止の理由	

廃止後に修了者が修了証 書及び携帯用修了証明書 を亡失・き損した場合の 取扱責任者及び連絡先	所属名:
	氏名:
	電話:
	ファックス:
	メールアドレス:

様式第4号（第8条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書

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

大阪府難病等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第8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。

研修の名称	難病等ホームヘルパー養成研修（ 課程）		
指定番号		予定定員	名
コース名			
研修予定日	年 月 日～ 年 月 日		
受講料			

研修事務担当者	所属名：
前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	氏名： 電話： ファクス： メールアドレス：

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3）

※ 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。

※ 年間実施計画書（様式第9号）に変更が生じる場合（講座の追加、実施時期変更等）には同時提出すること。

様式第5号（第13条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修実績報告書

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

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第13条の規定により、下記研修の実績を報告します。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修（ 課程）
指定番号	
コース名	※開講届出時と同じ名称を記載すること。
研修実施期間	年 月 日～ 年 月 日
修了者数	名（通常報告分・修了者追加報告分） ※いずれかに○

研修事務担当者	所属名：
前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	(1)修了者名簿（別添4-1）及び電磁的記録
	(2)出席簿（別添4-2）の写し
	(3)科目免除要件又は受講要件を確認した書類の写し （修了証明書等の写し、履修中証明書（参考様式）、介護福祉士登録証の写し）
	(4)受講者一覧名簿（別添4-3）

様式第6号(第10条関係)

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書

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

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第10条の規定により、下記研修としての指定内容の変更を届け出ます。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修 (課程)
指定番号	
変更種別	<input type="checkbox"/> 事業者に関する事項 1 事業者の名称、主たる事務所の所在地、代表者 2 研修事業の名称 3 研修事業を実施する主たる事業所の所在地 4 定款等 (当該事業に関するものに限る。) 5 使用印鑑届 <input type="checkbox"/> 研修事業に関する事項 1 学則 2 講師 (追加、削除、その他) 3 講義室 <input type="checkbox"/> その他 ()
変更内容及び理由	
変更時期	年 月 日 (最も早い変更時期を記載)

※ 課程の追加等が生じる場合には、年間実施計画書(様式第9号)及び開講届出書(様式第4号)を同時提出すること。

研修事務担当者	所属名:
前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	氏名: 電話: ファックス: メールアドレス:

提出書類一覧（変更が生じる書類のみ提出。添付しているものに○）

○	提出書類
	(1)定款その他の基本約款等
	(2)履歴事項全部証明書（法人の場合）
	(3)学則（別添2-1）
	(4)講師一覧表（別添2-2）
	(5)講師履歴書（別添2-3）
	(6)講義室使用承諾書（別添2-4）等の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	(7)使用印鑑届（別添1-6）
	(8)修了証書及び携帯用修了証明書の様式（要綱別記様式）

様式第7号 (第9条関係)

難病患者等ホームヘルパー養成研修休講届出書

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

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、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第9条の規定により届け出ます。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修 (課程)
指定番号	
コース名	
開講を予定していた日	年 月 日
休講の理由	

※ この様式は、開講届出書(様式第4号)を提出したコースを休講する場合にのみ使用すること。(開講届出書を未提出のコースについては年間実施計画書(様式第9号)からのコース削除として取り扱う。)

研修事務担当者	所属名:
前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	氏名: 電話: ファクス: メールアドレス:

様式第8号(第11条関係)

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業年間休止届出書

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

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第11条第1項の規定により、
下記研修を休止したいので届け出ます。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修 (課程)
指定番号	
休止する年度	年度
休止の理由	

※ 1事業年度(4月～翌年3月)にわたり、研修の開講予定がない(なくなった)場合、年間休止届出書を提出すること。

※ 研修事業を2ヵ年度にわたって実施しなかった場合は、廃止の届出があったものとみなす。

研修事務担当者	所属名:
前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	氏名: 電話: ファックス: メールアドレス:

様式第9号 (第7条関係)

年度 難病患者等ホームヘルパー養成研修年間実施計画書

年 月 日 提出

商号又は名称		
指定番号	提出理由	1 新規提出 2 コースの追加 () 3 コースの削除 () ※開講届を提出したものは、休講届出書で処理すること。 4 内容の変更 ()
コース数		

研修事務担当者 前回報告時からの変更【有・無】 (いづれかに○)	
所属名	
氏名	
電話	
ファックス	
メールアドレス	

○当該年度に開講予定のコース

コース名	開講			修了			定員	受講料総額	実施場所 (市・区)	路線	最寄駅		基礎Ⅰ	基礎Ⅱ	入門	公募	夜間	土日
	年	月	日	年	月	日					駅	駅						

※ 4月～翌年3月に実施予定の全てのコースについて記載すること。
 ※ 実施場所：講義の主な実施場所を記載、受講料総額：テキスト代・消費税等を含めた総額を記載

通学：○、公募：一般募集を行うコースに○、
夜間：講義・演習の全日程を18時以降に実施するコースに○、
土日：講義・演習の全日程を土日に実施するコースに「土」「日」「土日」のいずれかを記載。
注) 公募欄に○をしない場合であっても、情報開示の責務は一律に生じる。
電子媒体でも提出すること。

(別添1-1)

誓約書

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

- 1 指定申請を行うにあたり、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第5条第2項の欠格要件に該当しないことを誓約します。
- 2 介護員養成研修事業者の指定を受けるにあたって、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領その他関係法令等を遵守することを誓約します。

(別添1-2)

要件確認申立書

大阪府知事 様

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定に基づき、移動支援従業者養成研修の事業者指定の申請を行うにあたり、私（当団体）は下記の内容について申し立てます。

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（別添第1-4）」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、大阪府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18条に基づき、当該事業者に係る指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止されても何ら異議の申し立てを行いません。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

申立事項		
1	代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等（以下「代表者等」という。）が、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」である。	はい・いいえ
2	代表者等が、法第2条第6号に規定する「暴力団員」である。	はい・いいえ
3	代表者等が、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」である。	はい・いいえ

年 月 日

所在地

商号又は名称

代表者名

暴力団等審査情報

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱(以下「要綱」という。)第6条第1項の規定に基づき、難病患者等ホームヘルパー養成研修の事業者指定の申請を行うにあたり、要綱第5条第2項第11号に該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。

《代表者・役員情報》

氏名カナ	氏名漢字	生年月日	性別	法人名称	法人所在地(本社)

- ※1 入力に当たっては、記載例(シート2)参照のこと
- ※2 本書は、「紙」媒体と併せて「電磁的記録」媒体の提出も求めます。
- ※3 代表者・役員情報は、履歴事項全部証明書記載の有無に関わらず、定款、寄附行為その他の基本約款に規定する法人の運営に携わる者(取締役、副理事、専務理事、監事、監査役、顧問、相談役その他いかなる名称の有無を問わない)の全員の情報を記載すること。

【記載例】(別添1-3)

暴力団等審査情報

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱(以下「要綱」という。)第6条第1項の規定に基づき、難病患者等ホームヘルパー養成研修の事業者指定の申請を行うにあたり、要綱第5条第2項第11号に該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。

《代表者・役員情報》

氏名カナ	氏名漢字	生年月日	性別	法人名称	法人所在地(本社)
オオサカ タロウ	大阪 太郎	S 40 12 03	M	(株)ABC	大阪市中央区大手前1-2-3
ナニワ ハナコ	浪速 花子	H 01 03 05	F	(株)ABC	大阪市中央区大手前1-1-3

記載方法

項目名	入力条件
氏名カナ	半角カナを用い、姓と名の間に半角スペースを入力
氏名漢字	全角漢字を用い、姓と名の間に全角スペースを入力
元号	半角英字(大文字)を用い、明治は「M」、大正は「I」、昭和は「S」、平成は「H」を入力
年	半角数字を用い、1年から9年については年の頭に「0」を付加 (「01」～「09」)
月	半角数字を用い、1月から9月については年の頭に「0」を付加 (「01」～「09」)
日	半角数字を用い、1日から9日については年の頭に「0」を付加 (「01」～「09」)
性別	半角英字(大文字)を用い、男性は「M」、女性には「F」を入力
業者名	全角漢字を用い、株式会社は(株)、有限会社は(有)、社会福祉法人は(社福)などに変換して入力 ※特殊文字は「[]」は不可。
所在地	全角漢字で入力

※下記要件に該当したことが判明した場合のみ使用

(別添1-4)

該当事項届出書

大阪府知事 様

私（当団体）は、大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第5条第2項第11号に規定する次の各号のうち、第 号に該当する者となったので、本書面を届けます。

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」

年 月 日

所在地
商号又は名称
代表者名

「研修機関が公表すべき情報の内訳」チェックリスト

(大阪府版)

情報の種別		公表の有無	内 容
研修機関情報	法人情報	<input type="checkbox"/> 法人格・法人名称・住所等 <input type="checkbox"/> 代表者名、研修事業担当理事・取締役名 <input type="checkbox"/> 理事等の構成、組織、職員数等 <input type="checkbox"/> 教育事業を実施している場合・事業概要 <input type="checkbox"/> 研究活動を実施している場合・概要 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業を実施している場合・事業概要 <input type="checkbox"/> その他の事業概要 <input type="checkbox"/> 法人財務情報のうち決算報告書(直近1事業年度のもの)に関するもの <input type="checkbox"/> ・貸借対照表 <input type="checkbox"/> ・損益計算書 <input type="checkbox"/> ・個別注記表 <input type="checkbox"/> 法人財務情報	
	研修機関情報	<input type="checkbox"/> 事業所名称・住所等 <input type="checkbox"/> 理念(学則に定める開講の目的) <input type="checkbox"/> 学則 <input type="checkbox"/> 研修施設、設備 <input type="checkbox"/> 沿革 <input type="checkbox"/> 事業所の組織、職員数等 <input type="checkbox"/> 併設して障がい福祉サービス事業を実施している場合・事業概要 <input type="checkbox"/> 財務セグメント情報	
研修事業情報	研修の概要	<input type="checkbox"/> 対象(学則に定める受講資格) <input type="checkbox"/> 研修のスケジュール(期間、日程、時間数) <input type="checkbox"/> 定員(集合研修、実習)と指導者数 <input type="checkbox"/> 研修受講までの流れ(募集、申し込み) <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等	
	課程責任者	<input type="checkbox"/> 課程編成責任者名 <input type="checkbox"/> 課程編成責任者の略歴、資格	
	研修カリキュラム	<input type="checkbox"/> 科目別担当講師名 <input type="checkbox"/> 科目別特徴	

情報の種類	公表の有無	内 容
講師情報	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	名前 略歴、現職、資格 受講者向けメッセージ等 受講者満足度調査の結果等
実績情報 (研修事業の実績がある場合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	過去の研修実施回数(年度ごと) 過去の研修延べ参加人数(年度ごと) 卒業率・再履修率 卒後の就業状況(就職率/就業分野) 卒後の相談・支援
連絡先等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	申し込み・資料請求先 法人の苦情対応者名・役職・連絡先 事業所の苦情対応者名・役職・連絡先
質を向上させるための取り組み	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	自己評価活動、相互評価活動 実習の質の向上のための取り組み、研修機関と実習機関との連携 研修活動、研究活動 研修生満足度調査情報(アンケート、研修生の声など) 事業所満足度調査情報(アンケート、事業所の声など)

- ※ インターネット上のホームページにより情報を公開すること。
- ※ サーバーは、法人ごとの事業所ごとに自ら確保すること。
- ※ 研修機関のアドレスは大阪府ホームページで公開する。
- ※ 基本ストラクチャは変更しない。

(別添1-6)

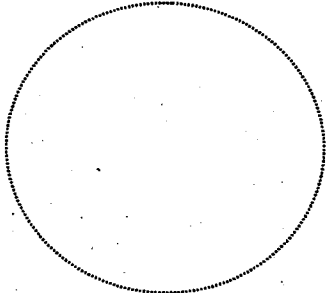
使用印鑑届

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在
商号又は名称
代表者職・氏名

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業に係る修了証書及び携帯用修了証明書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。(会社印は不可)

(別添2-1)

学 則

①商号又は名称	
②研修事業の名称	
③研修の種類	難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修
④研修課程	(実施する課程を記載)
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)
⑥開講の目的	
⑦講義室 (住所も記載)	
⑧講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表(別添2-2)を参照。
⑨使用テキスト	
⑩受講資格	
⑪広告の方法	
⑫情報開示の方法 (HPアドレス等)	

⑬受講手続及び本人確認の方法（応募者多数の場合の対応方法を含む）	
⑭受講料及び受講料支払方法	円（テキスト代、消費税含む）
⑮解約条件及び返金の有無	
⑯受講者の個人情報 の取扱	個人情報保護規程策定の有無（有・無） なお、修了者は大阪府の管理する名簿に記載される。
⑰研修修了の認定方法	
⑱科目免除の取扱	
⑲受講中の事故等 についての対応	
⑳研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：
㉑課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：
㉒苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属名： 役職： 連絡先：

㉓ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡 先	氏名： 所属名： 連絡先：
㉔ 修了証書及び携 帯用修了証明書を 亡失・き損した場合 の取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」 に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付に係る費用： 円
㉕ その他必要な事 項	

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領第2の2 (1) より抜粋 【内容及び手続きの説明及び同意】 事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。
---------------	---

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---

記載例

(別添2-1)

学 則

①商号又は名称	株式会社〇〇商事	指定申請書に記載した事業名称を記載。
②研修事業の名称	株式会社〇〇商事・難病患者等ホームヘルパー養成研修	
③研修の種類	難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修	
④研修課程	(実施する課程を記載)	
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)	
⑥開講の目的	質の高い・・・福祉・介護・・・人材を養成・・・確保する。	研修事業を実施する目的を記載。
⑦講義室 (住所も記載)	大阪市中央区〇〇町1-1-1 大阪〇〇ビル10階中会議室	講義・演習室として使用する場所の名称と住所を記載。 (複数あれば全て記載)
⑧講師の氏名及び担当科目	講師一覧表(別添2-2)を参照。	
⑨使用テキスト	〇〇〇〇出版「▲▲研修テキスト」	発行元も記載すること。
⑩受講資格	開講日時点において満〇歳以上の者で・・・、かつ、福祉・介護の就業を希望している者・・・	
⑪広告の方法	ダイレクトメール、新聞折込みチラシ、〇〇市広報誌及び自社のホームページにおいて行う。	
⑫情報開示の方法 (HPアドレス等)	下記ホームページにおいて情報開示する。 http://www.〇〇.co.jp/	
⑬受講手続及び本人確認の方法(応募者多数の場合の対応方法を含む)	受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 なお、受講申し込みにあたっては、原本確認が必要なことから受当社〇〇事務所で行う。 応募者多数の場合には、・・・	

⑭受講料及び受講料支払方法	〇〇、〇〇〇円（テキスト代、消費税含む） 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 〇〇銀行 〇〇支店 当座No.〇〇
⑮解約条件及び返金の有無	受講者からのキャンセル： 開講日の1週間前までは、・・・全額返金・・・ 3日間前までは、半額を・・・ 弊社からのキャンセル： 応募者が〇〇名に満たなかった場合、・・・
⑯受講者の個人情報取扱	個人情報保護規程策定の有無（有・無） 受講者から得た個人情報については・・・ なお、修了者は大阪府の管理する名簿に記載される。
⑰研修修了の認定方法	認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。 研修の修了年限：〇ヶ月 修了評価方法： 修了評価筆記試験不合格時の取扱い： 担当講師による補習のうえ、再試験を実施する。 （補習費用：〇〇円、再評価費用：〇〇円） ただし、再評価の試験の回数は最大〇回までとする。・・・ したがって、最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるため注意すること。・・・等々
⑱科目免除の取扱	大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領の規定のとおり取り扱う。ただし、受講料の減免措置はない。・・・ 介護等の実務経験が1年以上の者が受講を希望した場合において、受講申請時にその証明書を提出できる者は、「(1)〇〇」の科目を免除する。この場合の受講料は正規の受講料から〇〇円減額する。・・・等々
⑲受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故等については、・・・当社が加入する〇〇保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
⑳研修責任者名、所属名及び役職	氏名：〇〇 〇〇 所属：人材育成企画部 役職：企画第2部長
㉑課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：

⑳ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属名： 役職： 連絡先：06-0000-0000 緊急連絡先 090-
㉑ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属名： 連絡先：
㉒ 修了証書及び携帯用修了証明書を亡失・き損した場合の取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付に係る費用： 円 or 無料 等々
㉓ その他必要な事項	遅参の取扱い： 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし欠席とする。その際、当事業所が設定する日程において補習を受けなければならない。 退校処分の取扱い：

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領第2の2(1)より抜粋
<p>受講料受領後のトラブルを避けるため、事前に十分な説明を行なっておくこと。</p> <p>※1、※2の項目削除厳禁</p>	<p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。</p>

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---

講師一覧表

講師氏名	担当科目番号、科目名	資格(取得年月) 略歴(経験年数) 現在の職業(経験年数)
大阪 太郎	(1) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ (2) 難病の基礎知識Ⅱ (3) 難病患者の心理学的援助法 (4) 難病に関する介護の事例検討等 (6) 難病の基礎知識Ⅰ (7) 難病患者の心理及び家族の理解 (8) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ (9) 難病入門 (10) 難病患者の心理及び家族の理解	社会福祉士 (H14/3) 介護福祉士 (H24/3) 児童養護施設 ・相談員 (8年5ヶ月) 指定通所介護 ・介護職員 (1年) 重度訪問介護 ・訪問介護員 (1年3ヶ月) 介護老人福祉施設 勤務 ・介護職員 (1年)
浪速 花子	(3) 難病患者の心理学的援助法 (7) 難病患者の心理及び家族の理解 (9) 難病入門	介護福祉士 (H15/3) 老人短期入所施設 ・介護従業者 (10年3か月) 老人ホーム ・支援員 (6ヶ月) 訪問介護事業所 勤務 ・サービス提供責任者 (1年2ヶ月)

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。

(別添2-3)

講師履歴書

フリガナ 氏名			上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 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)	
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任		
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		
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 カ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 カ月)
大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。 以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。			
年 月 日 (講師氏名) _____			※3

※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。

※3 機器による印字または自署とすること。

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名 講師氏名

難病基礎課程Ⅱ

科目名	<input checked="" type="checkbox"/>	講師要件(実務経験等)
I 難病に関する行政施策(1時間)		
(1) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 市町村障がい福祉主管課職員 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識(4時間)		
(2) 難病の基礎知識Ⅱ (3時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3) 難病患者の心理学的援助法 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
III 難病に関する介護の実践(1時間)		
(4) 難病に関する介護の事例検討等 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

※1 実務経験については○:実務経験5年以上 ◇:実務経験1年以上
 ※2 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

難病基礎課程Ⅰ

科目名	<input checked="" type="checkbox"/>	講師要件(実務経験等)
I 難病に関する行政施策(1時間)		
(5) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 市町村障がい福祉主管課職員 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識(3時間)		
(6) 難病の基礎知識Ⅰ (2時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(7) 難病患者の心理及び家族の理解 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

難病入門課程

科目名	<input checked="" type="checkbox"/>	講師要件(実務経験等)
I 難病に関する行政施策(1時間)		
(8) 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 市町村障がい福祉主管課職員 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
II 難病に関する基礎知識(3時間)		
(9) 難病入門 (2時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 市町村障がい福祉主管課職員 ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(10) 難病患者の心理及び家族の理解 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○ 医師 ○ 難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○ 難病患者に対する支援活動を行っている者 ○ 難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇ 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

記載例
(別添2-3)

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ヶ月以内に 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	大阪府中央区・・・		
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名	学校法人〇〇会 〇〇大学	
	住所	大阪府中央区・・・	
	業務内容	社会福祉学部 教員 (平成28年4月～現在)	
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任		
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許		
	<p>1 介護福祉士</p> <p>2 介護支援専門員</p> <p>当該事業所で、もっぱら研修講師として従事している場合は、「専任」として ください。「専任」の基準は、当該講師の全就業時間の5割以上であるか否かで 判断してください。 したがって、「専任」であっても、他の業務(例：事務職員)や他社で仕事に 従事している場合もあり、「兼務」は可能です。</p>		
担当科目に 関連する職歴	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。		
		職種	就業期間
	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇	介護職員	平成20年4月～平成25年3月 (5年0ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
※教員の場合 は、学校名と 担当教科名			年月～年月 (年ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
<p>大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解して いる。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和〇年〇月〇〇日 (講師氏名) <u>大阪 太郎</u> ※3</p>			

※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。

※3 機器による印字または自署とすること。

(別添2-4)

講義室使用承諾書

年 月 日

(研修事業者名)

様

設置者又は管理者名

貴団体の実施する難病患者等ホームヘルパー養成研修事業の教室として、下記のとおり、使用を承諾します。

所在地	
施設名	
使用室	
使用室の面積	m ²
使用コースの最大定員	名 (研修事業者にて記入)

※受講者1名あたり1.65m²以上とする。

※面積の分かる平面図等を添付すること。

※自ら所有する講義室の場合、本承諾書の提出は不要。(平面図等は提出すること。)

(別添3)

年 月 日現在

研修スケジュール (難病患者等ホームヘルパー養成研修)

指定番号 _____ 課程 _____ 課程 _____
法人・団体名 _____
コース名 _____ 定員 _____ 名 _____

年 月 日	科目記号・科目名	時 間	講師名	実施場所	備考
年 月 日()	開講式・オリエンテーション	: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
	閉講式	: ~ :	h		

※この様式をもとに、各課程・カリキュラムに応じて適宜修正して使用すること。

※開講式は必ず実施すること。

※研修開始時には、オリエンテーションを実施すること。

修了者名簿

※修了年月日は、修了証明書に記載する日付としてください。

商号又は名称	指定番号	研修課程	コース名	修了書番号	受講番号	修了者名	ふりがな	生年月日	研修開始日	修了年月日
<small> 称号名称を正確に記載すること。 有格文字を使用しないこと。 良い例：株式会社大阪商事 悪い例：(株)大阪街事 </small>	<small> 半角数字 </small>	<small> 『難病Ⅱ』 『難病Ⅰ』 『難病入門』と記載する。 </small>	<small> 申請届、実績報告に記載のとおりの </small>	<small> 大阪第00-22-00-00-00号 難病Ⅱ：22 難病Ⅰ：21 難病入門：20 </small>	<small> 「任意」 </small>	<small> 良い例：大阪太郎 悪い例：大阪太郎殿 ※姓と名の間にスペースを入れない </small>	<small> 良い例：おおさかたろう 悪い例：おおさか たらう ※姓と名の間にスペースを入れない </small>	<small> ※セルの書式設定は日付入力とする。 ※(文字入力ではない) (記載例) H25.4.1 </small>	<small> 同左 </small>	<small> 同左 </small>

- ① 提出する磁気的記録の本表には、セル内に別シートや非表示の列に参照先を有する関数など計算式を残して置かないこと。
- ② 任意のセル(列)を増やさないこと。(悪い例) 生年月日欄のセル：「年号」欄、「年」欄、「月」欄、「日」欄毎にセルを分割する など

修了者名簿

※修了年月日は、修了証明書に記載する日付としてください。

商号又は名称	指定番号	研修課程	コース名	修了番号	受検番号	修了者名	ふりがな	修了年月日	研修開始日	修了年月日
称号名称を正確に記載すること。 省略文字を使用しないこと。 悪い例：株式会社大阪商事 (株)大阪商事	半角数字	「難病Ⅰ」 「難病Ⅱ」 「難病入門」と記載する。	開講届・実績報告に記載のとおり	大阪第00-22-00-00号 難病Ⅱ：22 難病Ⅰ：21 難病入門：20	「任意」	悪い例：大阪太郎 大阪口太郎 ※姓と名の間にスペースを入れ ない	良い例：おおさかたろう 悪い例：おおさかおたろう ※姓と名の間にスペースを入れ ない	※セルの書式設定は日付とすること。 (文字入力にしない) 記載例)H25.4.1	同左	同左
株式会社大阪商事	15	難病Ⅱ	8月梅田コース	大阪13-22-15-0001号	0001	大阪太郎	おおさかたろう	H12.5.3	H25.4.1	H25.6.15
株式会社大阪商事	15	難病Ⅱ	8月梅田コース	大阪13-22-15-0002号	0002	滝澤花子	なにはなこ	S55.10.24	H25.4.1	H25.6.15
株式会社大阪商事	15	難病Ⅱ	8月梅田コース	大阪13-22-15-0003号	0003	和泉二郎	いずみじろう	H1.11.1	H25.4.1	H25.6.15
↑ 大阪第【開講した年度の西暦下2桁】-【課程番号(22、21又は20)】-【指定番号】-【任意の番号】号 とすること。										
※セル列を増やし非表示セルのデータを参照させたり間数等の計算式をそのままセル内に残した状態で大阪府に提出しないこと。										

←記載例
セルの設定

(別添4-3)

受講者一覧名簿

商号又は名称				
指定番号		コース名		
受講番号		日付	受講者名(自署)	備考
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		

※研修修了日は、当該課程のカリキュラム(補講等含む)を全日程出席(完了)した日としてください。

(標準様式1)

苦情・相談対応記録簿

受付日	年 月 日() 時 分		記入者 (担当者)	
申立人	(フリガナ) 氏 名		電話番号	— —
	住 所			
苦情等の内容				
事実確認の状況				
対応状況				

その後の経過	その後の経過			
	申立人への報告	年 月 日() 時 分	方法等	
	顛末(結果)			
再発防止のための取り組み	苦情等が発生した要因分析	原因	<input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度・対応 <input type="checkbox"/> 研修の内容 <input type="checkbox"/> 管理体制 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他()	
		具体的要因		
	再発防止のための改善策			
	改善策の実践状況			
(備考)				

(標準様式2)

辞 退 届

研修事業者名： _____

開講予定日： 年 月 日

コース名： _____

上記研修について、都合により講師としての出講を辞退します。

大阪府知事 様

年 月 日

住所
氏名

(自署)

(参考様式)

履修中証明書

年 月 日

(難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者名) 様

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・名
電 話 番 号

印

下記の者は、都道府県知事の指定又は実施する ※ 養成研修 (※ 課程) を履修中であることを証明します。

受講者名		生年月日	年 月 日生
研修期間	(開講日)	年 月 日	
	(修了日)	年 月 日 (予定)	
備考			

※には履修中である研修の名称を記載すること。