

大阪府行動援護従事者養成研修事業者指定要綱の改正について（別紙・様式）（R5.12.28 改正）

新	旧
<p>別記様式（第3条関係）</p> <div data-bbox="210 260 1341 873" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">(別紙1) 第 号</p> <p style="text-align: center;">修了証書</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>あなたは、<u>こども家庭庁及び</u>厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修を修了したことを証します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定研修事業者名 代表者職・氏名</p> </div> <div data-bbox="210 907 1341 1793" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">(別紙2) 第 号</p> <p style="text-align: center;">修了状況証明書</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>あなたは、<u>こども家庭庁及び</u>厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修において、やむを得ない事由により一部を欠席しましたが、下記のプログラムについて修了していることを証します。</p> <p>なお、補講受講により修了が認められる期限は、本研修の翌年度末までとなります。補講申込み時には本証明書を提出して下さい。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p style="text-align: right;">以上</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定研修事業者名 代表者職・氏名</p> </div>	<p>別記様式（第3条関係）</p> <div data-bbox="1605 260 2736 873" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">(別紙1) 第 号</p> <p style="text-align: center;">修了証書</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修を修了したことを証します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定研修事業者名 代表者職・氏名</p> </div> <div data-bbox="1605 907 2736 1759" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">(別紙2) 第 号</p> <p style="text-align: center;">修了状況証明書</p> <p>氏名 生年月日</p> <p>あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修において、やむを得ない事由により一部を欠席しましたが、下記のプログラムについて修了していることを証します。</p> <p>なお、補講受講により修了が認められる期限は、本研修の翌年度末までとなります。補講申込み時には本証明書を提出して下さい。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p style="text-align: right;">以上</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定研修事業者名 代表者職・氏名</p> </div>

(別紙3)

第 号

欠席状況証明書

氏名
生年月日

あなたは、子ども家庭庁及び厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修において、やむを得ない事由により欠席となったことを認めます。

年 月 日

指定研修事業者名
代表者職・氏名

※次回研修の受講を希望する場合は申込書提出の際に添付すること。

(別紙4) (略)

別記様式 (第12条関係)

別紙5

第 号

大阪府行動援護従業者養成研修修了者名簿記載証明書

下記の者は、当該研修の課程を修了し大阪府の管理する修了者名簿に記載された者であることを証明します。

記

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
研修事業名	大阪府行動援護従業者養成研修
<u>研修事業者名</u>	
研修修了日	年 月 日
修了証書番号	号
備考	

年 月 日

大阪府知事

(別紙3)

第 号

欠席状況証明書

氏名
生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が大阪府知事の指定を受けて行う 年度行動援護従業者養成研修において、やむを得ない事由により欠席となったことを認めます。

年 月 日

指定研修事業者名
代表者職・氏名

※次回研修の受講を希望する場合は申込書提出の際に添付すること。

別紙4 (略)

別記様式 (第12条関係)

別紙5

第 号

大阪府行動援護従業者養成研修修了者名簿記載証明書

下記の者は、大阪府知事が指定する〇〇が実施した当該研修の課程を修了し大阪府の管理する修了者名簿に記載された者であることを証明します。

記

研修修了時氏名	
生年月日	年 月 日生
研修事業名	〇〇による大阪府行動援護従業者養成研修
研修修了日	年 月 日
修了証書番号	号
備考	

年 月 日

大阪府知事

別記様式（第4条関係）

(様式第1号)

大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

(申請者)
住所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

大阪府行動援護従業者養成研修事業を実施する者として指定を受けたいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者氏名（法人名）	
申請者住所 (法人は主たる事業所所在地)	
代表者の職・氏名・住所	<u>(職)</u> <u>(氏名)</u> <u>(住所)</u>
研修事業名称	
実施場所	<u>(講義)</u> <u>(演習)</u>
事業開始予定年月日	年 月 日
初回の募集開始予定年月日	年 月 日
初回の実施予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
初回の募集定員	名

〔添付書類〕

- 1 学則等（第3条第1項第3号イを満たすもの）(様式第2号)
- 2 研修カリキュラム
- 3 講義及び演習を行う講師等の氏名、履歴、担当科目及び専任兼任の別 (様式第3号、様式第4号、様式第5号)
- 4 研修修了の認定方法（補講対応含む）(※様式第2号への記載でも可)
- 5 修了証書の見本
- 6 事業開始年度及び次年度における研修事業に係る収支予算の細目
- 7 申請者の資産状況（申請者の財産目録、貸借対照表等）・法人案内冊子・組織図
- 8 誓約書 (様式第6号)
- 9 申請者の定款、寄付行為その他の規約等
- 10 その他指定に関し知事が必要があると認める事項

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第4条関係）

(様式第1号)

大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

(申請者)
住所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

大阪府行動援護従業者養成研修事業を実施する者として指定を受けたいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者氏名（法人名）	
申請者住所 (法人は主たる事業所所在地)	
代表者の職・氏名・住所	
研修事業名称	
実施場所	
事業開始予定年月日	年 月 日
初回の募集開始予定年月日	
初回の実施予定期間	
初回の募集定員	

〔添付書類〕

- 1 学則等（第3条第1項第3号イを満たすもの）
- 2 受講者の募集方法
- 3 研修カリキュラム
- 4 講義及び演習を行う講師等の氏名、履歴、担当科目及び専任兼任の別
- 5 研修修了の認定方法（補講対応含む）
- 6 修了証書の見本
- 7 事業開始年度及び次年度における研修事業に係る収支予算の細目
- 8 申請者の資産状況（申請者の財産目録、貸借対照表等）
- 9 申請者の定款、寄付行為その他の規約等
- 10 誓約書（様式第2号）
- 11 その他指定に関し知事が必要があると認める事項

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

（様式第2号）

学 則

法人・団体の名称	
開講目的	
研修事業の名称	
実施場所 （住所も記載）	講義： 演習：
研修期間	
研修カリキュラム	
講師氏名及び担当科目	
研修修了の認定方法（補講対応含む）	
開講時期	
受講資格	
受講手続（募集要項等）	
受講料（補講料）等	
使用テキスト	
解約条件及び返金の有無	
受講者の個人情報の取扱い	
受講中の事故等についての対応	
研修責任者名、 所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属： 連絡先：
修了証明書を 亡失・毀損した場合の取扱い	

※項目を追加する場合は、行を追加して作成すること。

（様式第2号）

（記載例）
学 則

法人・団体の名称	株式会社〇〇
開講目的	
研修事業の名称	〇〇行動援護従業者養成研修
実施場所 （住所も記載）	講義：〇〇 〇〇室 大阪府〇〇市〇〇 〇-〇-〇 演習：同上

研修期間	○日間
研修カリキュラム	研修カリキュラムを参照
講師氏名及び担当科目	講師・ファシリテーター一覧表（様式第3号）を参照
研修修了の認定方法（補講対応含む）	認定方法： 補講対応： ※大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第3条第1項（3）「ニ、ホ、ヘ、ト」の内容を全て記載すること。
開講時期	○○コース：令和○年○月○日～令和○年○月○日 ○○コース：令和○年○月○日～令和○年○月○日
受講資格	
受講手続（募集要項等）	※受講生の募集方法について記載すること。 ※申込者が多数または少数の場合の対応についても記載すること。
受講料（補講料）等	○○円（テキスト代、消費税含む） ※受講取り消しの場合の返金方法等についても記載すること。 ※補講料についても記載すること。
使用テキスト	
解約条件及び返金の有無	
受講者の個人情報の取扱い	※以下、必ず記載すること。 「修了者は、大阪府の管理する修了者名簿に記載されます。」
受講中の事故等についての対応	
研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属： 連絡先：
修了証明書を亡失・毀損した場合の取扱い	※交付手数料を徴収する場合は記載すること。

※項目を追記する場合は、行を追加して作成すること。

(様式第3号)

講師・ファシリテーター 一覧表

年 月 日現在

氏名	担当 (講師・ファシリテーター)	担当科目名

(様式第3号)

講師・ファシリテーター 一覧表

年 月 日現在

氏名	担当 (講師・ファシリテーター)	担当科目名
(記入例) ○○ ○○	講師	<ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障がいがある者の基本的理解に関する講義 ・強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基礎的な知識に関する講義 ・行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習 ・行動障がいの背景にある特性の理解に関する演習
(記入例) ○○ ○○	講師 ファシリテーター	<ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障がいがある者の基本的理解に関する講義 ・強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基礎的な知識に関する講義 ・強度行動障がいがある者へのチーム支援に関する講義 ・強度行動障がいと生活の組立てに関する講義 ・基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習 ・行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習 ・行動障がいの背景にある特性の理解に関する演習 ・障がい特性の理解とアセスメントに関する演習 ・環境調整による強度行動障がいの支援に関する演習 ・記録に基づく支援の評価に関する演習 ・危機対応と虐待防止に関する演習
		※シート「科目名」からコピーして記載すること。 ※今後担当予定の科目も含めて記載すること。

区分	科目名	時間数
講義	<ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障がいがある者の基本的理解に関する講義 ・強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基礎的な知識に関する講義 ・強度行動障がいがある者へのチーム支援に関する講義 ・強度行動障がいと生活の組立てに関する講義 	1.5 5 3 0.5
演習	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習 ・行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習 ・行動障がいの背景にある特性の理解に関する演習 ・障がい特性の理解とアセスメントに関する演習 ・環境調整による強度行動障がいの支援に関する演習 ・記録に基づく支援の評価に関する演習 ・危機対応と虐待防止に関する演習 	1 3 1.5 3 3 1.5 1
合計		24

(様式第4号) 講師・ファシリテーター履歴書

フリガナ氏名		専任・兼任の別	専任 ・ 兼任
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
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(※1)	資格・免許の名称		取得年月日(和暦)
			年 月 日
	1		
	2		
講師選定基準(研修事業者記入欄 ※2)	1 強度行動障がい支援者養成研修(基礎・実践研修)を修了した者であること、独立行政法人国立重度知的障がい者総合施設のぞみの園が開催する強度行動障がい支援者養成研修(指導者研修)を修了した者又は行動援護従業者養成研修を修了した者であること。		
	2 都道府県知事が実施、指定及び委託する強度行動障がい支援者養成研修または行動援護従業者養成研修の講師を行っている者であること。		
	3 現に強度行動障がい児者の支援を行っている事業所職員であること。		
	4 現に強度行動障がい児者支援に関する十分な学識経験を有する者であること。		
	5 その他1から4と同等の能力・学識等を有する者であること。		
担当科目に関連する職歴	勤務先名称	職種	就業期間(和暦)
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)
			年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)
大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱を熟読のうえ、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 資格証明証等の写しを添付すること。
- ※2 該当する番号に○を記入し、講師選定基準2～5の場合は、講師選定理由書(様式第5号)を添付すること。(ファシリテーターのみ担当の場合も記入及び理由書を添付すること。)
- ※3 機器による印字または自署とすること。
- ※4 欄が不足する場合は適宜追加すること。

(様式第4号) (記載例) 講師・ファシリテーター履歴書

フリガナ氏名	オオサカ ハナコ	専任・兼任の別	専任 ・ 兼任
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日		

現在の勤務先と業務内容	勤務先名	株式会社〇〇〇〇		
	住所	大阪府〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	業務内容	支援員・管理者 (平成〇〇年〇月～現在)		
担当科目に関連する資格と免許(※1)	資格・免許の名称		取得年月日(和暦)	
			年	月
	1 行動援護従業者養成研修修了		令和〇	〇
	2 強度行動障がい支援者養成研修(基礎研修)修了		令和〇	〇
3 強度行動障がい支援者養成研修(実践研修)修了		令和〇	〇	
講師選定基準(研修事業者記入欄 ※2)	<p>1 強度行動障がい支援者養成研修(基礎・実践研修)を修了した者であること、独立行政法人国立重度知的障がい者総合施設のみみの園が開催する強度行動障がい支援者養成研修(指導者研修)を修了した者又は行動援護従業者養成研修を修了した者であること。</p> <p>2 都道府県知事が実施、指定及び委託する強度行動障がい支援者養成研修または行動援護従業者養成研修の講師を行っている者であること。</p> <p>3 現に強度行動障がい児者の支援を行っている事業所職員であること。</p> <p>4 現に強度行動障がい児者支援に関する十分な学識経験を有する者であること。</p> <p>5 その他1から4と同等の能力・学識等を有する者であること。</p>			
担当科目に関連する職歴	勤務先名称	職種	就業期間(和暦)	
	社会福祉法人〇〇〇〇	支援員	平成15年4月～平成25年3月 (10年0ヶ月)	
	株式会社〇〇〇〇	支援員・管理者	平成25年4月～現在 (〇年〇ヶ月)	
			年月～年月 (年ヶ月)	
<p>当該研修科目に関連しない職歴の記載は不要です。</p> <p>年月～年月 (年ヶ月)</p>				
<p>大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱を熟読のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和〇年〇月〇日 (講師氏名) <u>大阪 花子</u> ※3</p>				

当該研修科目に関連しない資格・免許の記載は不要です。

当該研修科目に関連しない職歴の記載は不要です。

- ※1 資格証明書等の写しを添付すること。
- ※2 該当する番号に〇を記入し、講師選定基準2～5の場合は、講師選定理由書(様式第5号)を添付すること。(ファシリテーターのみ担当の場合も記入及び理由書を添付すること。)
- ※3 機器による印字または自署とすること。
- ※4 欄が不足する場合は適宜追加すること。

(様式第5号)

講師・ファシリテーター選定理由書

指定研修事業者名： _____

選定講師・ファシリテーターの氏名	
選定講師・ファシリテーターの担当科目 (担当科目全てに○をつけてください)	1 強度行動障がいがある者の基本的理解に関する講義 2 強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基礎的な知識に関する講義 3 強度行動障がいがある者へのチーム支援に関する講義 4 強度行動障がいと生活の組立てに関する講義 5 基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習 6 行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習 7 行動障がいの背景にある特性の理解に関する演習 8 障がい特性の理解とアセスメントに関する演習 9 環境調整による強度行動障がいの支援に関する演習 10 記録に基づく支援の評価に関する演習 11 危機対応と虐待防止に関する演習
選定理由 (選定した理由を詳細にご記載ください)	

(様式第5号)

(記載例)

講師・ファシリテーター選定理由書

指定研修事業者名： _____

選定講師・ファシリテーターの氏名	○○ ○○
選定講師・ファシリテーターの担当科目 (担当科目全てに○をつけてください)	1 強度行動障がいがある者の基本的理解に関する講義 ② 強度行動障がいに関する制度及び支援技術の基礎的な知識に関する講義 3 強度行動障がいがある者へのチーム支援に関する講義 4 強度行動障がいと生活の組立てに関する講義 ⑤ 基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習 6 行動障がいがある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習 7 行動障がいの背景にある特性の理解に関する演習 8 障がい特性の理解とアセスメントに関する演習 9 環境調整による強度行動障がいの支援に関する演習 10 記録に基づく支援の評価に関する演習 11 危機対応と虐待防止に関する演習
選定理由 (選定した理由を詳細にご記載ください)	(例) ・●●センターで相談支援専門員として、自閉症のある本人及び家族に相談支援を行っていた。 ・▲年間行動障がいのある利用者に対して、●●事業者で直接支援を行っている。

別記様式（第4条関係）

（様式第6号）

誓約書

年 月 日

大阪府知事 様

住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

1 私は、「行動援護従業者養成研修指定事業者申請」にあたり、下記の事項について、誓約・同意します。

1	<p>申請者が以下のいずれにも該当ありません。 （大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第3条第2項）</p> <p>(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）及び児童福祉法、その他関係各法の規定に基づき、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>(2) 第10条の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(3) 他の都道府県知事により当該研修事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(4) 知事又は他の都道府県知事（指定都市市長を含む。）により、次のいずれかの研修事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>イ 指定地域相談支援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24年厚生労働省告示第226号）、指定計画相談支援の提供に当たる者として 子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定めるもの（平成24年厚生労働省告示第227号）及び指定障害児相談支援の提供に当たる者として 子ども家庭庁長官が定めるもの（平成24年厚生労働省告示第225号）に定める相談支援従事者研修初任者研修及び相談支援従事者現任研修を実施する者として、「相談支援従事者研修事業の実施について」（平成18年4月21日障発第0421001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けた相談支援従事者研修事業者</p> <p>ロ 指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等（平成18年厚生労働省告示第544号）に定めるサービス管理責任者研修を実施する者として、「サービス管理責任者研修事業の実施について」（平成18年8月30日障発第0830004号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けたサービス管理責任者研修事業者</p> <p>ハ 指定居宅介護の提供に当たる者として 子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定めるもの等（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号）第1条第3号から第7号に掲げる研修を実施する者として、「居宅介護職員初任者研修等について」（平成19年1月30日障発第0130001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業者</p> <p>ニ 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号に基づき指定を受けた介護員養成研修事業者</p> <p>ホ 「難病特別対策推進事業について」（平成10年4月9日付健医発第635号厚生省保健医療局長通知）の別紙「難病特別対策推進事業実施要綱」第8の4の(6)に基づき指定を受けた難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者</p> <p>(5) 法に基づき、指定障がい福祉サービス事業者、指定障がい者支援施設、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者又は指定自立支援医療機関としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(6) 児童福祉法に基づき、指定障がい児通所支援事業者、指定障がい児入所施設又は指定障がい児相談支援事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(7) 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者としての指定又は許可を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(8) 第2号から前号に定める取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に当該事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(9) 前各号に掲げる場合のほか、申請者が、実施する事業において、基準違反に関する改善勧告、改善命令その他行政処分を受け、その内容についての改善がなされていない者であるとき。</p> <p>(10) 申請者又は申請者の代表者もしくはその構成員が、次のいずれかに該当する者であるとき。</p> <p>イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>ロ 第1号に該当する者</p> <p>ハ 第2号から第7号までのいずれかに該当する法人等において、当該取消しの理由となった事実があった時又はその事実が継続している間にその代表者であった者で、当該取消しの日から起算して5年を経過しない者</p> <p>ニ 第8号に規定する期間内に事業の廃止の届出をした法人等（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）において、その代表者であった者で、当該届出日から起算して5年を経過しない者</p>	はい・いいえ
2	<p>代表者、役員又は使用人その他の従業者若しくは構成員等が、大阪府暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員、同条第3号に規定する暴力団員等及び同条第4号に規定する暴力団密接関係者には、該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員、暴力団員等及び暴力団密接関係者が経営に事実上参画していません。</p>	はい・いいえ
3	<p>申請書類に関する情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府が大阪府警察本部に提供することに同意します。</p>	はい・いいえ

2 大阪府行動援護従業者養成研修事業者の指定を受けるにあたって、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱・その他関係法令等を遵守することを 誓約します ・ 誓約しません

別記様式（第4条関係）

（様式第2号）

誓約書

年 月 日

大阪府知事 様

住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

1 私は、「行動援護従業者養成研修指定事業者申請」にあたり、下記の事項について、誓約・同意します。

1	<p>申請者が以下のいずれにも該当ありません。 （大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第3条第2項）</p> <p>(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）及び児童福祉法、その他関係各法の規定に基づき、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。</p> <p>(2) 第10条の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(3) 他の都道府県知事により当該研修事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(4) 知事又は他の都道府県知事（指定都市市長を含む。）により、次のいずれかの研修事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>イ 指定地域相談支援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24年厚生労働省告示第226号）、指定計画相談支援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24年厚生労働省告示第227号）及び指定障害児相談支援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24年厚生労働省告示第225号）に定める相談支援従事者研修初任者研修及び相談支援従事者現任研修を実施する者として、「相談支援従事者研修事業の実施について」（平成18年4月21日障発第0421001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けた相談支援従事者研修事業者</p> <p>ロ 指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等（平成18年厚生労働省告示第544号）に定めるサービス管理責任者研修を実施する者として、「サービス管理責任者研修事業の実施について」（平成18年8月30日障発第0830004号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けたサービス管理責任者研修事業者</p> <p>ハ 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9月29日厚生労働省告示第538号）第1条第3号から第7号に掲げる研修を実施する者として、「居宅介護職員初任者研修等について」（平成19年1月30日障発第0130001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき指定を受けた居宅介護職員初任者研修等事業者</p> <p>ニ 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号に基づき指定を受けた介護員養成研修事業者</p> <p>ホ 「難病特別対策推進事業について」（平成10年4月9日付健医発第635号厚生省保健医療局長通知）の別紙「難病特別対策推進事業実施要綱」第8の4の(6)に基づき指定を受けた難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者</p> <p>(5) 法に基づき、指定障がい福祉サービス事業者、指定障がい者支援施設、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者又は指定自立支援医療機関としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(6) 児童福祉法に基づき、指定障がい児通所支援事業者、指定障がい児入所施設又は指定障がい児相談支援事業者としての指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(7) 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者としての指定又は許可を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(8) 第2号から前号に定める取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に当該事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出日から起算して5年を経過しない者であるとき。</p> <p>(9) 前各号に掲げる場合のほか、申請者が、実施する事業において、基準違反に関する改善勧告、改善命令その他行政処分を受け、その内容についての改善がなされていない者であるとき。</p> <p>(10) 申請者又は申請者の代表者もしくはその構成員が、次のいずれかに該当する者であるとき。</p> <p>イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者</p> <p>ロ 第1号に該当する者</p> <p>ハ 第2号から第7号までのいずれかに該当する法人等において、当該取消しの理由となった事実があった時又はその事実が継続している間にその代表者であった者で、当該取消しの日から起算して5年を経過しない者</p> <p>ニ 第8号に規定する期間内に事業の廃止の届出をした法人等（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）において、その代表者であった者で、当該届出日から起算して5年を経過しない者</p>	はい・いいえ
2	<p>代表者、役員又は使用人その他の従業者若しくは構成員等が、大阪府暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員、同条第3号に規定する暴力団員等及び同条第4号に規定する暴力団密接関係者には、該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員、暴力団員等及び暴力団密接関係者が経営に事実上参画していません。</p>	はい・いいえ
3	<p>申請書類に関する情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府が大阪府警察本部に提供することに同意します。</p>	はい・いいえ

2 大阪府行動援護従業者養成研修事業者の指定を受けるにあたって、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱・その他関係法令等を遵守することを 誓約します ・ 誓約しません

別記様式（第5条関係）

（様式第7号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定内容等変更届（承認申請書）

年 月 日

大阪府知事 様

（届出者）
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け大阪府指令障地第 号で指定を受けた大阪府行動援護従事者研修事業について、指定内容を下記のとおり変更したいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第5条の規定により届け出ます。

（なお、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第5条の規定に基づき、同要綱第4条第5号から第7号を変更しますので、承認いただきますよう申請します。）

記

- 1 変更の時期
- 2 変更の理由
- 3 変更の内容

変 更 前	変 更 後

〔添付書類〕
変更に係る関係書類

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第5条関係）

（様式第3号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定内容等変更届（承認申請書）

年 月 日

大阪府知事 様

（届出者）
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従事者研修事業について、指定内容を下記のとおり変更したいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第5条の規定により届け出ます。

（なお、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第5条の規定に基づき、同要綱第4条第5号から第7号を変更しますので、承認いただきますよう申請します。）

記

- 1 変更の時期
- 2 変更の理由
- 3 変更の内容

変 更 前	変 更 後

〔添付書類〕
変更に係る関係書類

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第6条関係）

（様式第8号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業年度実施計画書

年 月 日

大阪府知事 様

（提出者）
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け 大阪府指令障地 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第6条の規定により、 年度の実施計画を提出します。

記

【研修事業実施計画表】

研 修 の 名 称	
実 施 予 定 時 期	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 予 定 場 所	(講義) (演習)
募 集 予 定 時 期	<u>年 月 日 ~ 年 月 日</u>
周 知 方 法	
募 集 定 員	名
受 講 料	円
研 修 事 業 実 施 体 制	事業実施事務担当者 専任： 名 兼任： 名 計 名 (講師等を除く)
備 考	

※ 複数回数実施予定の場合は、研修事業実施計画表を複写して追加すること。

〔添付書類〕

- 1 学則等（募集要項）
- 2 研修カリキュラム
- 3 研修日程表（様式第9号）
- 4 講師等の氏名及び担当科目
- 5 事業に係る収支予算の細目

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第6条関係）

（様式第4号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業年度実施計画書

年 月 日

大阪府知事 様

（提出者）
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第6条の規定により、 年度の実施計画を提出します。

記

【研修事業実施計画表】

研 修 の 名 称	
実 施 予 定 時 期	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 予 定 場 所	(講義) (演習)
募 集 予 定 時 期	年 月 日 ~ 年 月 日
周 知 方 法	
募 集 定 員	名
受 講 料	円
研 修 事 業 実 施 体 制	事業実施事務担当者 専任： 名 兼任： 名 計 名 (講師等を除く)
備 考	

※ 複数回数実施予定の場合は、研修事業実施計画表を複写して追加すること。

〔添付書類〕

- 1 学則等（募集要項）
- 2 研修カリキュラム
- 3 研修日程表（様式第5号）
- 4 講師等の氏名及び担当科目
- 5 事業に係る収支予算の細目

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第6条関係）

(様式第9号)

大阪府行動援護従業者養成研修 研修日程表

指定研修事業者名： _____ (指定年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日付け大阪府指令障地第 _____ 号)

事業年度： _____ 年度 (実施期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

研修名：大阪府行動援護従業者養成研修

同一事業者様にて、複数会場、複数曜日にわたってのコースがある場合はシートを分けて作成していただく

番号	コース名	定員	実施期間	実施場所		備考
				名称	所在地	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

別記様式（第6条関係）

(様式第5号)

大阪府行動援護従業者養成研修 研修日程表

指定研修事業者名： _____ (指定年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日付け第 _____ 号)

事業年度： _____ 年度 (実施期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

研修名：大阪府行動援護従業者養成研修

同一事業者様にて、複数会場、複数曜日にわたってのコースがある場合はシートを分けて作成していただく

番号	コース名	定員	実施期間	実施場所		備考
				名称	所在地	

別記様式（第6条関係）

（様式第10号）

大阪府行動援護従業者養成研修 開講届出書

年 月 日

大阪府知事 様

(提出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け大阪府指令障地第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第6条の規定により、下記の開講届出書を提出します。

記

研 修 の 名 称	
実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 場 所	(講義) (演習)
担 当 講 師	
担当ファシリテーター	
<u>募 集 定 員</u>	<u>名</u>
<u>受 講 料</u>	<u>円</u>
備 考	

※ 別途、時間割、担当講師を記載した研修スケジュールを提出すること。

〔添付書類〕

・今回実施分における時間割及び、担当講師、担当ファシリテーター等を記載した研修スケジュール

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第6条関係）

（様式第6号）

大阪府行動援護従業者養成研修 開講届出書

年 月 日

大阪府知事 様

(提出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第6条の規定により、下記の開講届出書を提出します。

記

研 修 の 名 称	
実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 場 所	(講義) (演習)
担 当 講 師	
担当ファシリテーター	
受 講 料	名
予 定 定 員	円
備 考	

※ 別途、時間割、担当講師を記載した研修スケジュールを提出すること。

〔添付書類〕

・今回実施分における時間割及び、担当講師、担当ファシリテーター等を記載した研修スケジュール

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第7条関係）

（様式第11号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業実施報告書

年 月 日

大阪府知事 様

(提出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け大阪府指令障地第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第7条の規定により、 年度の実施報告を提出します。

記

【研修事業実施報告表】

研 修 の 名 称	
実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 場 所	(講義) (演習)
募 集 期 間	<u>年 月 日 ~ 年 月 日</u>
受 講 料	<u>円</u>
募 集 定 員	<u>名</u>
受 講 申 込 者 数	名
受 講 決 定 者 数	名
修 了 者 数	名
備 考	

※ 複数回数実施の場合は、研修事業実施報告表を複写して追加すること。

〔添付書類〕

- 1 大阪府行動援護従業者養成研修事業修了者名簿（様式第12号）
- 2 当該年度における研修事業に係る収支決算書

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第7条関係）

（様式第7号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業実施報告書

年 月 日

大阪府知事 様

(提出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付け 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第7条の規定により、 年度の実施報告を提出します。

記

【研修事業実施報告表】

研 修 の 名 称	
実 施 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
実 施 場 所	(講義) (演習)
募 集 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
受 講 料	名
募 集 定 員	円
受 講 申 込 者 数	名
受 講 決 定 者 数	名
修 了 者 数	名
備 考	

※ 複数回数実施の場合は、研修事業実施報告表を複写して追加すること。

〔添付書類〕

- 1 大阪府行動援護従業者養成研修事業修了者名簿（様式第8号）
- 2 当該年度における研修事業に係る収支決算書

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第8条関係）

（様式第13号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業廃止届

年 月 日

大阪府知事 様

(届出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
〒
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付 大阪府指令障地 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、
下記のとおり廃止したいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第8条の規定により届け出ます。

記

- 1 廃止の時期
- 2 廃止の理由

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：

別記様式（第8条関係）

（様式第9号）

大阪府行動援護従業者養成研修事業廃止届

年 月 日

大阪府知事 様

(届出者)
住所（法人にあつては、主たる事業所の所在地）
法人・団体名
代表者職・氏名

年 月 日付 第 号で指定を受けた大阪府行動援護従業者養成研修事業について、下記のとおり廃止したいので、大阪府行動援護従業者養成研修事業者指定要綱第8条の規定により届け出ます。

記

- 1 廃止の時期
- 2 廃止の理由

担当所属：
職・氏名：
電話番号：
FAX 番号：
メール：