

(事業者名及び代表者名) 様

大阪府福祉部高齢介護室長
(公印省略)

福祉用具専門相談員指定講習事業における実地検査の実施について (通知)

標記について、大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱第14条第2項の規定に基づき、福祉用具専門相談員指定講習事業の適正な運営を目的に、下記のとおり実地検査を実施します。

記

- 1 実施日時
- 2 実施場所
- 3 検査内容
- 4 担当職員

【問い合わせ先】
大阪府福祉部高齢介護室
〇〇〇課〇〇〇グループ
TEL :
FAX :

(事業者名及び代表者名) 様

大阪府福祉部高齢介護室長
(公印省略)

実地検査の結果について (通知)

年 月 日に実施しました標記については、下記のとおりです。

つきましては、指導事項について、その改善状況を「実地検査に係る改善状況報告書」
(様式第3号)により、年 月 日までに報告してください。

また、実地検査時に検査職員が口頭で指導した事項についても、速やかに改善に努めてください。

なお、連絡なく期日までに報告がない場合には、改善が図られないものと判断する場合がありますので、必ず期日までに報告してください。

記

番号	指導理由	指導事項	根拠

【問い合わせ先】

大阪府福祉部高齢介護室
〇〇〇課〇〇〇グループ
TEL :
FAX :

大阪府福祉部高齢介護室長 様

所在地
事業者名
代表者名

実地検査に係る改善状況報告書

年 月 日の実地検査における指導事項について、下記のとおりその改善状況を報告します。

今後は、大阪府福祉用具専門相談員指定事業者指定要綱等関係法令を遵守し、適正な事業の運営に努めます。

記

番号	指導事項（全文）	改善結果（具体的に記入）	備考

※改善状況の内容が確認できる書類を添付してください。

(事業者名及び代表者名) 様

大阪府知事 印

大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱の遵守について（勧告）

大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱（以下「要綱」という。）第14条第2項に基づき、 年 月 日に実施した実地検査の結果において、要綱第5条第1項第__号の要件を満たしていないことが認められましたので、要綱第15条第1項の規定に基づき、下記のとおり勧告します。

なお、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、要綱第15条第2項の規定に基づき、期限を定めてこの勧告に係る措置をとるべきことを命じたり、要綱第16条に基づき、指定を取り消すことがありますので、念のため申し添えます。

記

1 勧告理由

要綱を遵守していないと認めた事項は別紙左欄「勧告理由」のとおりです。

2 勧告事項

上記1について、別紙中欄「勧告事項」のとおり改善を勧告します。

3 改善報告書等の提出

(1) 様式5の「勧告事項改善報告書」にこの勧告に係る改善状況を記載し、その状況を客観的に確認できる資料を添付して提出してください。

なお、改善できない理由がある場合には、その理由を具体的に記載してください。

(2) 「勧告事項改善報告書」の提出期限は 年 月 日とします。

【問い合わせ先】

大阪府福祉部高齢介護室
〇〇〇課〇〇〇グループ
TEL :
FAX :

番号	勧告理由	勧告事項	根拠

<根拠>

要綱：大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱

要領：大阪府福祉用具専門相談員指定講習実施要領

年 月 日

大阪府福祉部高齢介護室長 様

所在地
事業者名
代表者名

勧告に係る改善状況の報告書

年 月 日付け、高介第 号で通知のあった勧告事項について、下記のとおり報告します。

今後は、大阪府福祉用具専門相談員指定講習事業者指定要綱等関係法令を遵守し、適正な事業の運営に努めます。

記

番号	勧告事項（全文）	改善結果（具体的に記入）	備考