様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

岡山県知事　　殿

申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　法人名

　　　　代表者職　氏名

　　　　担当者名

　　　　連絡先住所

　　　　連絡先電話番号

岡山県認知症介護基礎研修実施機関指定申請書

認知症介護基礎研修実施機関の指定を受けたいので、岡山県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第３条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修の名称・形式 | 認知症介護基礎研修　ｅラーニング形式 |
| ２　の名称 |  |
| 所在地 |  |
| ３　法人の |  |
| 住所 |  |
| ４　法人の主な事業内容 |  |
| ５　研修に係る事業の開始予定年月日 |  |
| ６　研修の実施体制 | 例）担当部署〇〇  別添　体制図のとおり |
| ７　研修に係る実施要項等 | 例）〇〇〇〇基礎研修実施要項  　　別添　〇〇のとおり |
| ８　研修シラバス | 例）別添〇〇基礎研修シラバスのとおり |
| ９　使用するeラーニングシステム | 例）〇〇システム  　　別添　システムの概要のとおり |
| 10　おおよその年間受講定員数 |  |
| 11　受講料その他研修の受講生から受領する金額 |  |
| 12　個人情報の取扱い | 例）別添　〇〇個人情報取扱基準のとおり |

その他、添付する書類

□（１）指定要綱第４条の要件を満たすことの誓約書（様式第２号）

□（２）定款その他基本約款

□（３）法人登記簿の履歴事項全部証明書

□（４）役員名簿（様式第３号）

□（５）資産の状況に関する書類（直近の損益計算書及び貸借対照表又はこれらに準ずる書類。）

□（６）収支予算書及び事業計画書

□（７）会社案内冊子等の事業者の業務概要がわかる印刷物、事業者組織図

□（８）研修カリキュラム（科目名、所要時間、担当講師の氏名等）

□（９) 当該申請日の属する事業年度及び翌事業年度における研修の計画書及び収支予算

□（10）過去の介護に関する研修実績（他県での実施状況を含む）

□（11）暴力団排除に関する誓約書（様式第４号）

□（12）その他指定に関し必要があると認める事項

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式第２号（第３条関係）

年　　月　　日

岡山県知事　　殿

申請者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　法人名

　　　　代表者職　氏名

　　　　担当者名

　　　　連絡先住所

　　　　連絡先電話番号

誓約書

１　岡山県認知症介護基礎研修実施機関の指定の申請にあたり、岡山県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第４条で示した指定の要件を満たしていることを誓約します。

２　岡山県認知症介護基礎研修実施機関の指定を受けるにあたって、岡山県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱、その他関係法令等を遵守することを誓約します。

様式第３号（第3条関係）

役員名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 生年月日（和暦） | 住　所 | 代表者 |
|  | 元号　　年　月　日 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※代表者は、その者の「代表者」の欄にチェックを入れること