別記様式１

熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定申請書

年　　　月　　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　　様

（法人の所在地）

（法人の名称）

（代表者氏名）

熊本県認知症介護基礎研修実施機関としての指定を受けたいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項２の規定に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修の区分  （該当番号を○で囲んでください。） | １　　県編成研修  ２　　独自編成研修 |
| ２　事業開始予定年月日 | 年　　　　月　　　　　日 |
| ３　研修受講料その他研修受講者から受領する額 | 円／人 |

※押印を省略される場合は、必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類の提出方法 | 紙・メール・ファクシミリ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行（作成）責任者 |  | 電話番号 |  |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |

別記様式２

熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定更新申請書

年　　　月　　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　　様

（法人の所在地）

（法人の名称）

（代表者氏名）

　　　年　　月　　日付け認地第　　　号により指定を受けた熊本県認知症介護基礎研修実施機関としての指定更新を受けたいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項４（２）の規定に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修の区分  （該当番号を○で囲んでください。） | １　　県編成研修  ２　　独自編成研修 |
| ２　事業開始予定年月日 | 年　　　　月　　　　　日 |
| ３　研修の実施期間 | 年　　　月　　　日　～　　年　　　月　　　日まで |
| ４　研修受講料その他研修受講者から受領する額 | 円／人 |

※押印を省略される場合は、必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類の提出方法 | 紙・メール・ファクシミリ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行（作成）責任者 |  | 電話番号 |  |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |

別記様式３

熊本県認知症介護基礎研修変更届

　　年　　月　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　　様

（法人の所在地）

（法人の名称）

（代表者氏名）

　　年　　　月　　　日付け認地第　　　　号により指定を受けた内容を変更したいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項５の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

１　変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

※　変更内容がわかる書類を添付してください。

２　変更年月日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日

※押印を省略される場合は、必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類の提出方法 | 紙・メール・ファクシミリ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行（作成）責任者 |  | 電話番号 |  |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |

別記様式４－１

熊本県認知症介護基礎研修実績報告書

年　　　月　　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　　様

（法人の所在地）

（法人の名称）

（代表者氏名）

　　年　　　月　　　日付け認地第　　　　号により指定を受けた研修の実績について、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項６の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　研修の区分  （該当番号を○で囲んでくださ  い。） | １　　県編成研修  ２　　独自編成研修 |
| ２　研修実施期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| ３　研修修了者数 | 名 |

※押印を省略される場合は、必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類の提出方法 | 紙・メール・ファクシミリ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行（作成）責任者 |  | 電話番号 |  |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |

別記様式４－２

令和 年度（２０ 年度）熊本県認知症介護基礎研修修了者名簿

１　研修実施機関名（　　　　　　　）

２　提出年月日（　　　　　　）

３　修了者名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証書番号 | 修了年月日 | 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 事業所名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

別記様式４－３

収支決算書

収入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 積算根拠 | 収入額 |
| 受講料 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 | |  |

支出　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大項目 | 積算根拠 | 支出額 |
| 人件費 |  |  |
| 需用費 |  |  |
| 機器賃借料 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 | |  |

※　支出内容を明確にして記載してください。

受講料その他研修受講者から受領した金額　　　　　　　円

（一人あたり金額）

別記様式５

熊本県認知症介護基礎研修廃止届

　　年　　月　　日

　熊本県知事　蒲島　郁夫　　様

（法人の所在地）

（法人の名称）

（代表者氏名）

　　年　　　月　　　日付け認地第　　　　号により指定を受けた認知症介護基礎研修について廃止したいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項８の規定に基づき、下記の通り届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止の理由 |  |
| 廃止するために講じる措置 |  |

※押印を省略される場合は、必ず記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 書類の提出方法 | 紙・メール・ファクシミリ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類発行（作成）責任者 |  | 電話番号 |  |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |