

新旧対照表

| 改 正 案 | 現 行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------|----|---------|---------|-----------|----------------------------------|-----------|----------|---------|--|-----------------|-------|----------|------|----|------|--------|--------|---|-------|--|------|----|---------|---------|-----------|----------------------------------|-----------|----------|---------|--|-----------------|-------|----------|------|----|------|--------|--------|
| 様式第 1 号 | 様式第 1 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者指定申請書 | 事業者指定申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県知事 様 | 広島県知事 様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 主たる事務所の所在地 法人・団体名 代表者の職・氏名 ㊟ | 郵便番号 主たる事務所の所在地 法人・団体名 代表者の職・氏名 ㊟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「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 3 条第 3 号から第 7 号に規定する研修を実施する事業者として広島県知事の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。 | 「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 3 条第 3 号から第 7 号に規定する研修を実施する事業者として広島県知事の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">研修の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修課程</td> <td style="text-align: center;">課程</td> </tr> <tr> <td>講義の実施方法</td> <td style="text-align: center;">通学 ・ 通信</td> </tr> <tr> <td>県内の主たる事業所</td> <td>郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号：</td> </tr> <tr> <td>研修開始予定年月日</td> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>使用する教材名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護員養成研修の同時開催の有無</td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">事務担当者連絡先</td> <td>担当者名</td> </tr> <tr> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>Fax 番号</td> </tr> <tr> <td>e-mail</td> </tr> </table> | 研修の名称 | | 研修課程 | 課程 | 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | 県内の主たる事業所 | 郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号： | 研修開始予定年月日 | 平成 年 月 日 | 使用する教材名 | | 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | 事務担当者連絡先 | 担当者名 | 住所 | 電話番号 | Fax 番号 | e-mail | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">研修の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研修課程</td> <td style="text-align: center;">課程</td> </tr> <tr> <td>講義の実施方法</td> <td style="text-align: center;">通学 ・ 通信</td> </tr> <tr> <td>県内の主たる事業所</td> <td>郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号：</td> </tr> <tr> <td>研修開始予定年月日</td> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>使用する教材名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護員養成研修の同時開催の有無</td> <td style="text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">事務担当者連絡先</td> <td>担当者名</td> </tr> <tr> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>Fax 番号</td> </tr> <tr> <td>e-mail</td> </tr> </table> | 研修の名称 | | 研修課程 | 課程 | 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | 県内の主たる事業所 | 郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号： | 研修開始予定年月日 | 平成 年 月 日 | 使用する教材名 | | 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | 事務担当者連絡先 | 担当者名 | 住所 | 電話番号 | Fax 番号 | e-mail |
| 研修の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修課程 | 課程 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県内の主たる事業所 | 郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修開始予定年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用する教材名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fax 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修課程 | 課程 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 県内の主たる事業所 | 郵便番号： 住所： 電話番号： Fax 番号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修開始予定年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用する教材名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fax 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【留意事項】

- ① 初回の研修の開講日の 180 日前から 60 日前までに提出すること。
- ② 研修課程ごとに申請を行い、指定を受けること。
- ③ 申請にあたっては、次の書類を添付すること。(研修課程ごとに必要な添付書類は、要領第 4 の 1 のとおり。)

<添付書類一覧>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則（事業概要）（様式第 2 号の 1） |
| 2 | 研修カリキュラム（様式第 2 号の 2） |
| 3 | 講師一覧表（様式第 2 号の 3） |
| 4 | 実習施設一覧表（様式第 2 号の 4） |
| 5 | 講師履歴書（様式第 3 号） |
| 6 | 演習実施計画（様式第 4 号） |
| 7 | 講義室（演習室）使用承諾書（様式第 5 号）の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書（様式第 6 号）の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画（様式第 7 号） |
| 10 | 定款その他の基本約款（又は規約，会則等） |
| 11 | 登記事項証明書 ※法人の場合 |
| 12 | 貸借対照表及び損益計算書その他資産状況を明らかにする書類 |
| 13 | 修了証明書（要綱様式第 1 号）及び携帯用修了証明書（要綱様式第 2 号）の様式 |
| 14 | 誓約書（様式第 8 号） |
| 15 | 添削指導に関する課題，解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 16 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |

【留意事項】

- ① 初回の研修の開講日の 60 日前までに提出すること。
- ② 研修課程ごとに申請を行い、指定を受けること。
- ③ 申請にあたっては、次の書類を添付すること。(研修課程ごとに必要な添付書類は、要領第 4 の 1 のとおり。)

<添付書類一覧>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則（事業概要）（様式第 2 号の 1） |
| 2 | 研修カリキュラム（様式第 2 号の 2） |
| 3 | 講師一覧表（様式第 2 号の 3） |
| 4 | 実習施設一覧表（様式第 2 号の 4） |
| 5 | 講師履歴書（様式第 3 号） |
| 6 | 演習実施計画（様式第 4 号） |
| 7 | 講義室（演習室）使用承諾書（様式第 5 号）の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書（様式第 6 号）の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画（様式第 7 号） |
| 10 | 定款その他の基本約款（又は規約，会則等） |
| 11 | 登記事項証明書 ※法人の場合 |
| 12 | 貸借対照表及び損益計算書その他資産状況を明らかにする書類 |
| 13 | 修了証明書（要綱様式第 1 号）及び携帯用修了証明書（要綱様式第 2 号）の様式 |
| 14 | 誓約書（様式第 8 号） |
| 15 | 添削指導に関する課題，解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 16 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |

様式第2号の1〔例示〕

学則（事業概要）

| | |
|--------------------------------|--|
| 1 開講目的 | |
| 2 申請者の名称,所在地及び事業者番号 | 名称: 所在地: 事業者番号:(※事業者指定申請の際は不要) |
| 3 実施する研修課程及び講義の形式 | 研修課程: 講義の形式:(通学形式 ・ 通信形式) |
| 4 研修の名称 | |
| 5 実施場所(施設の名称及び所在地) | 講義:(施設の名称) (施設の所在地) 演習:(施設の名称) (施設の所在地) 実習:別紙「実習施設一覧表」のとおり |
| 6 研修実施期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 7 研修カリキュラム | 別紙「研修カリキュラム」のとおり |
| 8 講師氏名 | 別紙「講師一覧表」のとおり |
| 9 使用テキスト | テキストの名称: 出版社名等: |
| 10 添削指導,面接指導の体制,方法等(通信形式の場合のみ) | |
| 11 研修修了の認定方法(通信添削課題の合格基準を含む。) | 修了評価方法・合格基準: 修了評価不合格時の取扱い: |
| 12 遅刻,早退及び欠席の取扱い | |
| 13 補講の取扱い | 補講の実施の有無(有・無) 補講が可能な科目: 補講の上限:()科目以内とする。 開講日から()ヶ月以内に修了すること。 補講の方法: 補講に要する費用: |
| 14 受講の取消し | 受講を取消す場合(要件): 受講料等既に支払った費用の返金の有無: |
| 15 修了証明書等の交付 | 修了を認定した者には修了証明書及び携帯用修了証明書を交付する。 |
| 16 受講資格及び定員 | 受講資格: 定員: 名 |
| 17 受講手続 | 申込み方法: 申込み先: 受講決定方法: (応募者多数の場合の決定方法:) 受講資格の確認方法: |

様式第2号の1〔例示〕

学則（事業概要）

| | |
|--------------------------------|--|
| 1 開講目的 | |
| 2 申請者の名称,所在地及び事業者番号 | 名称: 所在地: 事業者番号:(※事業者指定申請の際は不要) |
| 3 実施する研修課程及び講義の形式 | 研修課程: 講義の形式:(通学形式 ・ 通信形式) |
| 4 研修の名称 | |
| 5 実施場所(施設の名称及び所在地) | 講義:(施設の名称) (施設の所在地) 演習:(施設の名称) (施設の所在地) 実習:別紙「実習施設一覧表」のとおり |
| 6 研修実施期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 7 研修カリキュラム | 別紙「研修カリキュラム」のとおり |
| 8 講師氏名 | 別紙「講師一覧表」のとおり |
| 9 使用テキスト | テキストの名称: 出版社名等: |
| 10 添削指導,面接指導の体制,方法等(通信形式の場合のみ) | |
| 11 研修修了の認定方法(通信添削課題の合格基準を含む。) | 修了評価方法・合格基準: 修了評価不合格時の取扱い: |
| 12 遅刻,早退及び欠席の取扱い | |
| 13 補講の取扱い | 補講の実施の有無(有・無) 補講が可能な科目: 補講の上限:()科目以内とする。 開講日から()ヶ月以内に修了すること。 補講の方法: 補講に要する費用: |
| 14 受講の取消し | 受講を取消す場合(要件): 受講料等既に支払った費用の返金の有無: |
| 15 修了証明書等の交付 | 修了を認定した者には修了証明書及び携帯用修了証明書を交付する。 |
| 16 受講資格及び定員 | 受講資格: 定員: 名 |
| 17 受講手続 | 申込み方法: 申込み先: 受講決定方法: (応募者多数の場合の決定方法:) 受講資格の確認方法: |

| | |
|------------------------------|---|
| 18 受講料, 演習費, 実習費等及び支払方法 | 円 (テキスト代, 消費税含む。) 支払方法: |
| 19 科目免除の取扱い | 科目免除の有無 (有 ・ 無) 免除が可能な科目: 免除対象者: 手続き方法: |
| 20 受講者の個人情報の取扱い | 個人情報保護規程策定の有無 (有 ・ 無) なお, 修了者は広島県に報告する修了者名簿に記載される。 |
| 21 受講中の事故等の対応 | |
| 22 研修担当部署 (担当者) 及び連絡先 (問合せ先) | |
| 23 その他 | |

【留意事項】

- ① 研修が一体的に実施される複数課程の研修について, 同一の学則とすることも可能であること。この場合, 各項目において, 該当する全ての内容を記入すること。
- ② 「2 事業者番号」は, 広島県から事業者指定を受けた後に提出する学則について, 県が定めた番号を記載すること。
- ③ 「5 実施場所」は, 講義室, 演習室が所在する施設の名称及び住所を記載すること。
- ④ 「5 実習施設」, 「7 研修カリキュラム」, 「8 講師氏名」は, それぞれ様式第2号の2~4に記載して学則に添付し, 様式第2号の1~4を学則一式として受講者に配付すること。
- ⑤ 「9 使用テキスト」について, 独自に作成したテキストを使用する場合はその旨を記載すること。
- ⑥ 「13 補講の取扱い」について, 補講も含めて研修期間の範囲内に修了すること。
- ⑦ 「23 その他」は, 1~22の内容以外に必要な事項がある場合に記載すること。

| | |
|------------------------------|---|
| 18 受講料, 演習費, 実習費等及び支払方法 | 円 (テキスト代, 消費税含む。) 支払方法: |
| 19 科目免除の取扱い | 科目免除の有無 (有 ・ 無) 免除が可能な科目: 免除対象者: 手続き方法: |
| 20 受講者の個人情報の取扱い | 個人情報保護規程策定の有無 (有 ・ 無) なお, 修了者は広島県に報告する修了者名簿に記載される。 |
| 21 受講中の事故等の対応 | |
| 22 研修担当部署 (担当者) 及び連絡先 (問合せ先) | |
| 23 その他 | |

【留意事項】

- ① 複数日程の研修について, 同一の学則とすることも可能であること。この場合, 各項目において, 該当する全ての内容を記入すること。
- ② 「2 事業者番号」は, 広島県から事業者指定を受けた後に提出する学則について, 県が定めた番号を記載すること。
- ③ 「5 実施場所」は, 講義室, 演習室が所在する施設の名称及び住所を記載すること。
- ④ 「5 実習施設」, 「7 研修カリキュラム」, 「8 講師氏名」は, それぞれ様式第2号の2~4に記載して学則に添付し, 様式第2号の1~4を学則一式として受講者に配付すること。
- ⑤ 「9 使用テキスト」について, 独自に作成したテキストを使用する場合はその旨を記載すること。
- ⑥ 「13 補講の取扱い」について, 補講も含めて研修期間の範囲内に修了すること。
- ⑦ 「23 その他」は, 1~22の内容以外に必要な事項がある場合に記載すること。

| | |
|--|--|
| 様式第2号の2(1)-1 (居宅介護職員初任者研修課程 (通学)) (略) | 様式第2号の2(1)-1 (居宅介護職員初任者研修課程 (通学)) (略) |
| 様式第2号の2(1)-2 (居宅介護職員初任者研修課程 (通信)) (略) | 様式第2号の2(1)-2 (居宅介護職員初任者研修課程 (通信)) (略) |
| 様式第2号の2(2) (略) | 様式第2号の2(2) (略) |
| 様式第2号の2(3) (略) | 様式第2号の2(3) (略) |
| 様式第2号の2(4) (略) | 様式第2号の2(4) (略) |
| 様式第2号の2(5) (略) | 様式第2号の2(5) (略) |
| 様式第2号の3 (略) | 様式第2号の3 (略) |
| 様式第2号の4 (略) | 様式第2号の4 (略) |
| 様式第3号の1 (略) | 様式第3号の1 (略) |

講師履歴書

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------|----------|--------|---------|---------|
| 講師氏名 | | | | 講師・助手の別 | 講師 ・ 助手 |
| 所属 | 名称： 連絡先： (TEL) | | | | |
| 在職期間 (福祉・医療関係に係るもの) | 勤務先 (施設・事業所・学校等の名称) | 施設・事業等種別 | 職種 | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 資格・免許等の名称 (福祉・医療関係に係るもの) | | | 取得年月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| 特記事項 | | | | | |
| | | | | | |

担当講師として要件に該当するものに○をしてください。

| 職種・資格名等 | 実務経験等 |
|------------------------|--|
| 社会福祉士 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上(当該資格取得前の 経験も含む) |
| 相談支援専門員 | |
| 視覚障害者(児)の施設長・生活支援員・指導員 | 3年以上 |
| 医師 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上 |
| 保健師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士 | |
| 視能訓練士 | 3年以上 |
| 心理判定員, 臨床心理士 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上(当該研修修了前の 経験も含む) |
| 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程修了者 | |
| 同行援護従業者養成研修一般課程修了者 | |

講師履歴書

| | | | | | |
|--------------------------|------------------------|----------|--------|---------|---------|
| 講師氏名 | | | | 講師・助手の別 | 講師 ・ 助手 |
| 所属 | 名称： 連絡先： (TEL) | | | | |
| 在職期間 (福祉・医療関係に係るもの) | 勤務先 (施設・事業所・学校等の名称) | 施設・事業等種別 | 職種 | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 平成 年 月～ 平成 年 月 | | | | | |
| 資格・免許等の名称 (福祉・医療関係に係るもの) | | | 取得年月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| | | | 平成 年 月 | | |
| 特記事項 | | | | | |
| | | | | | |

担当講師として要件に該当するものに○をしてください。

| 職種・資格名等 | 実務経験等 |
|------------------------|--|
| 社会福祉士 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上(当該資格取得前の 経験も含む) |
| 相談支援専門員 | |
| 視覚障害者(児)の施設長・生活支援員・指導員 | 3年以上 |
| 医師 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上 |
| 保健師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士 | |
| 視能訓練士 | 3年以上 |
| 心理判定員, 臨床心理士 | 視覚障害者(児)の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上(当該研修修了前の 経験も含む) |
| 視覚障害者外出介護従業者養成研修課程修了者 | |

| | |
|--|---|
| 同行援護従業者養成研修応用課程修了者 | |
| 視覚障害者移動支援従事者資質向上研修修了者 | — |
| 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者 | ◆視覚障害者（児）の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上（当該研修修了前の 経験も含む） ◆（社福）日本ライトハウスが実施した視覚 障害者の生活訓練を専門とする技術者の 養成を行う研修を修了した者は、国立障害 者リハビリテーションセンター学院視覚 障害学科の教科を履修した者と同等とみ なす。 |
| 市町村障害福祉主管課職員 | 当該研修で担当する科目に該当する内容を 担当していること。 |
| 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成 校の教員等 | 当該研修で担当する科目に該当する内容を 教授していること。 |
| 特例資格者 | 以前に同行援護従業者養成研修一般・応用課 程の講師であった者で、従前に2回以上担当 した科目のみ可 以前に担当した科目 【 】 |
| <u>強度行動障害支援者養成研修課程修了者又は平成 27 年度以降の行動援護従業者養成研修課程修了者</u> | 二 |

上記の内容について、相違ありません。

平成 年 月 日

本人署名 ⑨ （自署の場合は押印不要）

（注）講師及び助手の要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付してください。

※事業者記載欄

【担当科目】

| | | |
|--------------|--|--|
| この講師が担当する科目名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 同行援護従業者養成研修一般課程修了者 | も含む) |
| 同行援護従業者養成研修応用課程修了者 | |
| 視覚障害者移動支援従事者資質向上研修修了者 | — |
| 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者 | ◆視覚障害者（児）の相談・支援業務等に 従事した経験が3年以上（当該研修修了前の 経験も含む） ◆（社福）日本ライトハウスが実施した視覚 障害者の生活訓練を専門とする技術者の 養成を行う研修を修了した者は、国立障害 者リハビリテーションセンター学院視覚 障害学科の教科を履修した者と同等とみ なす。 |
| 市町村障害福祉主管課職員 | 当該研修で担当する科目に該当する内容を 担当していること。 |
| 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成 校の教員等 | 当該研修で担当する科目に該当する内容を 教授していること。 |
| 特例資格者 | 以前に同行援護従業者養成研修一般・応用課 程の講師であった者で、従前に2回以上担当 した科目のみ可 以前に担当した科目 【 】 |

上記の内容について、相違ありません。

平成 年 月 日

本人署名 ⑨ （自署の場合は押印不要）

（注）講師及び助手の要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付してください。

※事業者記載欄

【担当科目】

| | | |
|--------------|--|--|
| この講師が担当する科目名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|----------------|----------------|
| 様式第 4 号 (略) | 様式第 4 号 (略) |
| 様式第 5 号 (略) | 様式第 5 号 (略) |
| 様式第 6 号 (略) | 様式第 6 号 (略) |
| 様式第 7 号 (略) | 様式第 7 号 (略) |
| 様式第 8 号 (略) | 様式第 8 号 (略) |

様式第9号

研修指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

次の研修について、「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号に規定する研修として広島県知事の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | |
|-----------------|--|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 定員 | 名 | |
| 研修日程 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 実施場所 | 講義： (施設の名称) (施設の所在地) 演習： (施設の名称) (施設の所在地) 実習：別紙「実習施設一覧表」のとおり | |
| 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | |
| 使用する教材名 | | |
| 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | |
| 県HPへの掲載可否 | 可 ・ 否 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |

様式第9号

研修指定申請書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

次の研修について、「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号に規定する研修として広島県知事の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | |
|-----------------|--|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 定員 | 名 | |
| 研修日程 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 実施場所 | 講義： (施設の名称) (施設の所在地) 演習： (施設の名称) (施設の所在地) 実習：別紙「実習施設一覧表」のとおり | |
| 講義の実施方法 | 通学 ・ 通信 | |
| 使用する教材名 | | |
| 介護員養成研修の同時開催の有無 | 有 ・ 無 | |
| 県HPへの掲載可否 | 可 ・ 否 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |

e-mail

【留意事項】

- ① 開講日の 180 日前から 60 日前までに提出すること。
- ② 研修が一体的に実施される場合には複数課程の研修を同時に申請することも可能であること。この場合、定員、研修日程及び実施場所は全ての内容を記入すること。
- ③ 一般募集しない研修など、県 HP への掲載を希望しない場合は「県 HP への掲載可否」欄の「否」に○を記入すること。
- ④ 申請にあたっては、次の書類を添付すること。(研修課程ごとに必要な添付書類は、要領第 4 の 2 のとおり。)

<添付書類一覧>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則（事業概要）（様式第 2 号の 1） |
| 2 | 研修カリキュラム（様式第 2 号の 2） |
| 3 | 講師一覧表（様式第 2 号の 3） |
| 4 | 実習施設一覧表（様式第 2 号の 4） |
| 5 | 講師履歴書（様式第 3 号） |
| 6 | 演習実施計画（様式第 4 号） |
| 7 | 講義室（演習室）使用承諾書（様式第 5 号）の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書（様式第 6 号）の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画（様式第 7 号） |
| 10 | 研修日程表（様式第 10 号） |
| 11 | 修了証明書等の様式 |
| 12 | 誓約書 |
| 13 | 添削指導に関する課題、解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 14 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |

※ この様式と事業者指定申請書（様式第 1 号）を同時に提出する場合で、事業者指定申請書に添付している書類については省略可。

e-mail

【留意事項】

- ① 開講日の 60 日前までに提出すること。
- ② 同一課程について、複数日程の研修を同時に申請することも可能であること。この場合、定員、研修日程及び実施場所は全ての内容を記入すること。
- ④ 一般募集しない研修など、県 HP への掲載を希望しない場合は「県 HP への掲載可否」欄の「否」に○を記入すること。
- ⑤ 申請にあたっては、次の書類を添付すること。(研修課程ごとに必要な添付書類は、要領第 4 の 2 のとおり。)

<添付書類一覧>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則（事業概要）（様式第 2 号の 1） |
| 2 | 研修カリキュラム（様式第 2 号の 2） |
| 3 | 講師一覧表（様式第 2 号の 3） |
| 4 | 実習施設一覧表（様式第 2 号の 4） |
| 5 | 講師履歴書（様式第 3 号） |
| 6 | 演習実施計画（様式第 4 号） |
| 7 | 講義室（演習室）使用承諾書（様式第 5 号）の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書（様式第 6 号）の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画（様式第 7 号） |
| 10 | 研修日程表（様式第 10 号） |
| 11 | 修了証明書等の様式 |
| 12 | 誓約書 |
| 13 | 添削指導に関する課題、解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 14 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |

※ この様式と事業者指定申請書（様式第 1 号）を同時に提出する場合で、事業者指定申請書に添付している書類については省略可。

研修日程表

課程： _____ 研修名称： _____
 申請者名： _____

| 科目名 | 時間数 | 実施年月日 | 時間 | 講師職氏名 (アシスタント) | 実施場所 | 備考 |
|-----|-----|--------|-------|-------------------|------|----|
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |

- 【留意事項】**
- ① 研修の課程別に作成し、行が不足する場合は適宜追加すること。
 - ② 「時間」欄には休憩時間を含めて記載し、「時間数」欄には休憩時間を含めないこと。
 - ③ 講義、演習、実習の順に行うこと。ただし、研修の質を高める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。
 - ④ 通信の方法で行う講義については、各課題配付日と各課題提出日を備考欄に記載すること。

研修日程表

課程： _____ 研修名称： _____
 申請者名： _____

| 科目名 | 時間数 | 実施年月日 | 時間 | 講師職氏名 (アシスタント) | 実施場所 | 備考 |
|-----|-----|--------|-------|-------------------|------|----|
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |
| | | 月 日() | : ~ : | | | |

- 【留意事項】**
- ① 研修の課程別に作成し、行が不足する場合は適宜追加すること。
 - ② 「時間」欄には休憩時間を含めて記載し、「時間数」欄には休憩時間を含めないこと。
 - ③ 講義、演習、実習の順に行うこと。ただし、研修の質を高める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。
 - ④ 通信の方法で行う講義については、各課題配付日と各課題提出日を備考欄に記載すること。

様式第 11 号の 1

実施報告書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

㊞

「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 9 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 研修実施期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 研修修了者数 | 人 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

様式第 11 号の 1

実施報告書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

㊞

「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 9 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 研修実施期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 研修修了者数 | 人 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

【留意事項】

- ① 研修終了後 60 日以内に提出すること。
- ② 報告にあたっては、次の書類のうち、必要な書類を添付すること。

<添付書類一覧>

| 添付書類 | | 備考 |
|------|------------------------------|-----------------|
| 1 | 修了者名簿（様式第 11 号の 2） | |
| 2 | 受講要件（科目免除要件）確認書（様式第 11 号の 3） | |
| 3 | 実習修了証明書（様式第 11 号の 4） | ※実習を行った場合に添付する。 |
| 4 | 補講実施一覧表（様式第 11 号の 5） | ※補講を行った場合に添付する。 |

【留意事項】

- ① 研修終了後 60 日以内に提出すること。
- ② 報告にあたっては、次の書類のうち、必要な書類を添付すること。

<添付書類一覧>

| 添付書類 | | 備考 |
|------|------------------------------|-----------------|
| 1 | 修了者名簿（様式第 11 号の 2） | |
| 2 | 受講要件（科目免除要件）確認書（様式第 11 号の 3） | |
| 3 | 実習修了証明書（様式第 11 号の 4） | ※実習を行った場合に添付する。 |
| 4 | 補講実施一覧表（様式第 11 号の 5） | ※補講を行った場合に添付する。 |

修了者名簿

| | | | | | |
|----------|--|------|--|----------|--|
| 研修 番号 | | 事業者名 | | 研修 課程 | |
|----------|--|------|--|----------|--|

| 修了証書 番号 | 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 住所 | 電話番号 | 修了 年月日 | 備考 |
|------------|----|------|------|----|------|-----------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

【留意事項】

- ① 修了者名簿は、研修の課程別に作成し、事業者において永久保存すること。
- ② 「修了証明書番号」は、修了者ごとに番号が重複しないように付すこと。
- ③ 「修了年月日」は、修了証明書等の日付と一致すること。
- ④ 補講受講者に対する修了証明書等の交付は、当該補講を含めた全日程を修了したことを確認した後に行うこと。
- ⑤ 受講要件（科目免除要件）のいずれかの研修課程と居宅介護従業者等養成研修課程を同時並行的に受講している者に対する修了証明書等の交付は、当該受講要件（科目免除要件）を満たしたことを確認した後に行うこと。

修了者名簿

| | | | | | |
|----------|--|------|--|----------|--|
| 研修 番号 | | 事業者名 | | 研修 課程 | |
|----------|--|------|--|----------|--|

| 修了証書 番号 | 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 住所 | 電話番号 | 修了 年月日 | 備考 |
|------------|----|------|------|----|------|-----------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

【留意事項】

- ① 修了者名簿は、研修の課程別に作成し、事業者において永久保存すること。
- ② 「修了証明書番号」は、修了者ごとに番号が重複しないように付すこと。
- ③ 「修了年月日」は、修了証明書等の日付と一致すること。
- ④ 補講受講者に対する修了証明書等の交付は、当該補講を含めた全日程を修了したことを確認した後に行うこと。
- ⑤ 受講要件（科目免除要件）のいずれかの研修課程と居宅介護従業者等養成研修課程を同時並行的に受講している者に対する修了証明書等の交付は、当該受講要件（科目免除要件）を満たしたことを確認した後に行うこと。

| | |
|--------------------|--------------------|
| 様式第 11 号の 3 (略) | 様式第 11 号の 3 (略) |
| 様式第 11 号の 4 (略) | 様式第 11 号の 4 (略) |
| 様式第 11 号の 5 (略) | 様式第 11 号の 5 (略) |

様式第 12 号

変更届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

㊞

「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 10 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 変更内容 | | |
| 変更理由 | | |
| 変更年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

様式第 12 号

変更届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

㊞

「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 10 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 変更内容 | | |
| 変更理由 | | |
| 変更年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

【留意事項】

- ① 変更を決定した日から 10 日以内に提出すること。
 ② 指定を受けた研修の全部又は一部を中止する場合は、「研修中止届」(様式第 9 号)によること。
 ③ 届出にあたっては、次の書類のうち、変更のある書類を添付すること。
 なお、変更箇所には下線等をする。こと。(変更箇所が多数ある場合は、新旧対照表を添付すること。)

<添付書類一覧(変更のある書類のみを添付すること。)>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則(事業概要)(様式第 2 号の 1) |
| 2 | 研修カリキュラム(様式第 2 号の 2) |
| 3 | 講師一覧表(様式第 2 号の 3) |
| 4 | 実習施設一覧表(様式第 2 号の 4) |
| 5 | 講師履歴書(様式第 3 号) |
| 6 | 演習実施計画(様式第 4 号) |
| 7 | 講義室(演習室)使用承諾書(様式第 5 号)の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書(様式第 6 号)の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画(様式第 7 号) |
| 10 | 定款その他の基本約款(又は規約, 会則等) |
| 11 | 登記事項証明書 ※法人の場合 |
| 12 | 貸借対照表及び損益計算書その他資産状況を明らかにする書類 |
| 13 | 修了証明書(要綱様式第 1 号)及び携帯用修了証明書(要綱様式第 2 号)の様式 |
| 14 | 誓約書(様式第 8 号) |
| 15 | 添削指導に関する課題, 解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 16 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |
| 17 | 研修日程表(様式第 10 号) |
| 18 | その他必要があると知事が認めるもの |

【留意事項】

- ① 変更を決定した日から 10 日以内に提出すること。
 ② 指定を受けた研修の全部又は一部を中止する場合は、「研修中止届」(様式第 9 号)によること。
 ③ 届出にあたっては、次の書類のうち、変更のある書類を添付すること。
 なお、変更箇所には下線等をする。こと。(変更箇所が多数ある場合は、新旧対照表を添付すること。)

<添付書類一覧(変更のある書類のみを添付すること。)>

| | |
|----|--|
| 1 | 学則(事業概要)(様式第 2 号の 1) |
| 2 | 研修カリキュラム(様式第 2 号の 2) |
| 3 | 講師一覧表(様式第 2 号の 3) |
| 4 | 実習施設一覧表(様式第 2 号の 4) |
| 5 | 講師履歴書(様式第 3 号) |
| 6 | 演習実施計画(様式第 4 号) |
| 7 | 講義室(演習室)使用承諾書(様式第 5 号)の写し又はこれに代わる書類の写し |
| 8 | 実習施設受入承諾書(様式第 6 号)の写し |
| 9 | 研修の収支予算及び向こう 2 年間の財政計画(様式第 7 号) |
| 10 | 定款その他の基本約款(又は規約, 会則等) |
| 11 | 登記事項証明書 ※法人の場合 |
| 12 | 貸借対照表及び損益計算書その他資産状況を明らかにする書類 |
| 13 | 修了証明書(要綱様式第 1 号)及び携帯用修了証明書(要綱様式第 2 号)の様式 |
| 14 | 誓約書(様式第 8 号) |
| 15 | 添削指導に関する課題, 解答用紙及び模範解答 ※講義を通信で行う場合のみ。 |
| 16 | オリジナルテキストの写し ※オリジナルテキストを使用する場合のみ。 |
| 17 | 研修日程表(様式第 10 号) |
| 18 | その他必要があると知事が認めるもの |

研修中止届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

次の研修を中止することとしたので、「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 11 条の規定により届け出ます。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 中止する研修の日程 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 中止を決定した日 | 平成 年 月 日 | |
| 中止の理由 | | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

【留意事項】

- ① 中止を決定した日から 10 日以内に提出すること。
 ② 研修が一体的に実施される複数課程の研修の中止を決定した場合、同時に届出をすることも可能であること。この場合、該当する全ての内容を記入すること。

研修中止届

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者の職・氏名

印

次の研修を中止することとしたので、「広島県居宅介護職員初任者研修等事業者指定要綱」第 11 条の規定により届け出ます。

| | | |
|--------------|---------------------------|--|
| 事業者番号 | | |
| 研修の名称 | | |
| 研修課程 | 課程 | |
| 知事の認定を受けた年月日 | 平成 年 月 日 (認定通知に記載されている日付) | |
| 研修番号 | | |
| 中止する研修の日程 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | |
| 中止を決定した日 | 平成 年 月 日 | |
| 中止の理由 | | |
| 事務担当者連絡先 | 担当者名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | Fax 番号 | |
| | e-mail | |

【留意事項】

- ① 中止を決定した日から 10 日以内に提出すること。
 ② 複数の研修の中止を決定した場合、同時に届出をすることも可能であること。この場合、該当する全ての内容を記入すること。

| | |
|-----------------|-----------------|
| 様式第 14 号 (略) | 様式第 14 号 (略) |
| 様式第 15 号 (略) | 様式第 15 号 (略) |
| 様式第 16 号 (略) | 様式第 16 号 (略) |
| (参考様式 1) (略) | (参考様式 1) (略) |
| (参考様式 2) (略) | (参考様式 2) (略) |
| (参考様式 3) (略) | (参考様式 3) (略) |