別表（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 研修の内容 | 研修の時間 |
| 第３条第１項第１号に定める研修の資料を用いて行う研修 | 介護保険制度の理解 | ３時間～  4時間程度 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業について |
| 法令遵守について |
| 基準緩和型サービスの開始に当たって |
| 接遇について |
| 認知症の理解について |
| 人員・設備・運営基準について |
| 介護報酬請求上の注意点について |
| 事業所で実施する専門的な研修 | 【訪問型】同行訪問研修　　　※１ | 2時間～  ３時間程度 |
| 【通所型】通所介護実地研修　※２ |

※１　既に指定を受けている訪問介護事業所の訪問介護員等に同行し、スキルを身に付けます。

※２　既に指定を受けている通所介護、地域密着型通所介護事業所のサービス

提供に携わりスキルを身に付けます

様式第１号（第４条関係）

研 修 修 了 証

１．氏 名

２．生年月日　　　　　　　年　　月　　日

３．修了年月日　　　　　　年　　月　　日（基礎研修）

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日（実地研修）

４．修了証書番号　　　　　　　　　　　号

　あなたは、岐南町基準緩和型サービスの従事者として、その研修課程を修了したことを証します。

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　印

様式第２号（第４条関係）

岐南町基準緩和型サービス　従業者研修　修了者名簿

法　人　名　　　：

研修実施事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（指定年月日：　　　年　　月　　日　　　第　　　　号）

事業所　住所　　：

実施年度　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実施期間：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 修了証書番号 | 修了年月日 | 研修修了者 | | |
| 氏　　名 | ふりがな | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※実施年度分をとりまとめ、年度末（3月末）までに、岐南町に報告すること。　修了証書番号は、各事業所にて採番すること。

※研修実施報告書　様式第３号（第５条関係）と一緒に提出すること。

様式第３号（第５条関係）

研修実施報告書（　　　　年度分）

年　　月　　日

岐南町長　　様

研修実施事業所名

事業所代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり岐南町基準緩和型サービス従業者研修を実施したので報告します。

（研修の概要）

|  |  |
| --- | --- |
| 基礎研修　実施日 | 年　　月　　日 |
| 専門研修　実施日 | 年　　月　　日 |
| 研修種別 | 訪問型　　　通所型　（該当に〇をつけてください） |
| 受講者数 | 人 |
| 修了者数 | 人 |
| 修了者の修了証番号 | ～ |

（研修講師について）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基礎研修  （町が定める研修の資料を用いて行う研修） | 研修課程 | 研修を実施した講師職氏名 |
| 介護保険制度の理解 |  |
| 介護予防・日常生活支援総合事業について |  |
| 法令遵守について |  |
| 基準緩和型サービスの開始に当たって |  |
| 接遇について |  |
| 認知症の理解について |  |
| 人員・設備・運営基準について |  |
| 介護報酬請求上の注意点について |  |
| 専門研修  （事業所で実施する専門的な研修） | 【訪問型】同行訪問研修 | （事業所名）  （担当者） |
| 【通所型】通所介護実地研修 | （事業所名）  （担当者） |

※研修修了者名簿　様式第２号（第４条関係）と一緒に提出すること。

※修了者の修了証番号は、研修修了者名簿に記載の番号と一致していることを確認すること。