

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録事務要領

1 目的

本要領は介護支援専門員実務研修（以下、「実務研修」という。）における「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」に関する実習受入事業所（以下、「実習受入事業所」という。）の登録について、具体的な取扱いを定めることを目的とする。

2 協力事業所登録の要件

協力事業所は、次の（１）又は（２）のいずれかに該当する事業所とする。

- （１）特定事業所加算を取得している事業所
- （２）主任介護支援専門員が複数配置され、十分な指導体制を有する事業所

3 登録の期間

登録期間は大分県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録決定から１年間とする。

ただし、期間満了日の２箇月前までに、協力事業所から辞退等の意思表示がないときは、１年間自動的に延長されるものとし、以後も同様とする。

4 実習受入事業所の登録

- （１）登録を希望する事業所は、大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書（第１号様式）を県に提出するものとする。
- （２）県は、（１）の申請を受理した場合、登録要件を確認し、大分県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録確認書（以下、「登録確認書」という。）（第２号様式）により通知する。
- （３）県は、登録内容のうち、実務研修の運営に必要な情報については、研修実施機関及び研修受講者へ提供できるものとする。

5 登録事項の変更

協力事業所は、県から承認を受けた内容に変更が生じた場合、速やかに大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更登録申請書（第３号様式）を県に提出するものとする。

6 登録確認書の再交付

- （１）登録確認書を亡失し、滅失し、汚損し、破損したときは、県に確認書の再交付を申請することができる。
- （２）再交付の申請をする事業所は、大分県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録確認書再交付申請書（第４号様式）を県に提出するものとする。

7 登録の取下げ

協力事業所は、登録の要件を欠くこととなった場合、速やかに大分県介護支援専門員実務研修受入協力事業所登録取下届（第5号様式）を県に提出するものとする。

8 登録の取消し

県は、次の各号のいずれかに該当する場合は登録を取消することができるものとする。

- (1)虚偽の申請により登録を行った場合
- (2)登録要件を欠くことが明らかになった場合

附 則

本要領は平成31年4月25日から適用する。

附 則

本要領は令和3年4月1日から適用する。

(第1号様式)

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録申請書

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
事業所名
事業所代表者

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり申請します。

	項目	内 容			
事業所	法人名				
	事業所番号				
	事業所名				
	ふりがな				
	事業所代表者				
	所在地	(〒 -)			
	電話番号	- -	FAX 番号	- -	
	担当者名				
特定事業所加算		I ・ II ・ III ・ A ・ 申請中 (年 月 日申請)			
主任介護支援専門員の数	人		実習1回あたりの受入れ可能人数	人	
指導者	ふりがな				
	指導者名(1)				
	ふりがな				
	指導者名(2)				
	ふりがな				
指導者名(3)					

《添付書類》

○指導者の介護支援専門員証(写し)

○指導者の主任介護支援専門員研修修了証または主任介護支援専門員更新研修修了証(写し)

(第2号様式)

大分県介護支援専門員実務研修
実習受入協力事業所登録確認書

1. 登録番号	
2. 事業所名	
3. 所在地	
4. 事業所番号	

年 月 日

大分県知事

(第3号様式)

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所変更登録申請書

年 月 日

大分県知事 殿

事業所名
事業所代表者

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり変更したく、必要書類を添えて申請します。

記

	項目	内容		
現在の 登録内容	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	事業所代表者			
	住所	(〒 -)		
	電話番号		FAX 番号	
	担当者名			
	指導者名 (登録番号)			
変更内容 ※変更箇所のみ 記入すること。	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	事業所代表者			
	住所	(〒 -)		
	電話番号		FAX 番号	
	担当者名			
	指導者名 (登録番号)			

《添付書類》

(実習指導者の変更の場合のみ)

- ①変更後の指導者の介護支援専門員証の写し
- ②主任介護支援専門員研修修了証または主任介護支援専門員更新研修修了証の写し

(第4号様式)

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録確認書再交付申請書

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
事業所名
事業所代表者

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、登録確認書の再交付を申請します。

記

	項目	内容		
登録内容	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	事業所代表者			
	住所	(〒 -)		
	電話番号		FAX 番号	
	担当者名			
再交付理由				

(第5号様式)

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下届

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
事業所名
事業所代表者

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所について、下記のとおり登録を取下げたく、必要書類を添えて申請します。

記

	項目	内容		
登録内容	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	事業所代表者			
	住所	(〒 -)		
	電話番号		FAX番号	
	担当者名			
取得加算区分	I ・ II ・ III ・ A ・ 算定なし			
取下理由発生日	年 月 日			
取下理由				

《添付書類》

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録確認書(原本)