

群馬県知事 様

申請者
所在地
名称
代表者氏名

印

群馬県介護支援専門員実務研修等実施機関指定申請書

介護保険法第 69 条の 33 第 1 項の規定による指定研修実施機関の指定を受けたいので、介護保険法施行規則第 113 条の 38 に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

- 1 名称及び主たる事務所の所在地、並びに代表者の氏名及び住所
【申請者】
 - ・名称
 - ・所在地【代表者】
 - ・氏名
 - ・住所
- 2 研修の名称
- 3 研修を行う施設の所在地
- 4 定款及び登記事項証明書
- 5 事業開始予定年月日
- 6 当該年度及び翌年度の事業計画書（様式 3 - 2）
- 7 事業に係る資産の状況（直近 2 カ年分の決算報告書）
- 8 受講料その他研修の受講者から受領する金額
- 9 研修の課程並びに講師の氏名、履歴及び担当科目
- 10 申請者の事業及び組織の概要
- 11 その他

法 人 概 要

平成 2 3 年 月 日

- 1 法 人 名
- 2 所 在 地
- 3 代 表 者 氏 名
- 4 連 絡 先
 - ・ 電 話 番 号
 - ・ F A X
- 5 設 立 年 月 日
- 6 法 人 役 員
- 7 沿 革
(※様式は任意 パンフレット等でも可)
- 8 主 な 事 業 内 容
(※特に介護保険に関する業務があれば記載して下さい)
(※様式は任意 パンフレット等でも可)

誓 約 書

平成 2 3 年 月 日

群馬県知事 大澤正明 様
(介護高齢課扱い)

申 請 者
所在地
法人名
代表者氏名 印

介護支援専門員実務研修等に係る群馬県介護支援専門員実務研修等実施機関指定申請書の提出に際し、下記のとおり誓約します。

記

- 1 介護保険法に規定する介護サービス事業者でない。
- 2 介護保険法施行令（平成 1 0 年政令第 4 1 2 号）第 3 5 条の 1 0 第 1 項に掲げる指定の要件を満たす見込みである。
- 3 地方自治法施行令（昭和 2 2 年政令第 1 6 号）第 1 6 7 条の 4 第 2 項各号に該当しない者である。
- 4 直近の 3 年間において、国税（法人税及び消費税）または地方税（法人事業税）を滞納していない者である。
- 5 会社更生法（平成 1 4 年法律第 1 5 4 号）または民事再生法（平成 1 1 年法律第 2 2 5 号）に基づく更正手続開始の決定又は再生手続の決定があった者でないこと。
- 6 研修事務を実施することにより、法人自体が遵守すべき他の関係法令等の違反にならないこと。

なお、当該誓約に違反があった場合には、それまでに申請者が費やした費用を賠償することなく、県が審査結果を取り消すことに同意します。

介護支援専門員実務研修等に係る 群馬県指定研修実施機関運営上の基本方針

- 1 基本方針
(※研修実施機関を運営するに当たっての考え方や方針を記載)

- 2 事業運営の考え方
(※介護支援専門員実務研修等の中立・公正に実施するための基本方針を記載)

- 3 研修事務スケジュール
(※平成 2 3 年度について具体的に記載)

- 4 研修案内の配布

- 5 会場確保について

- 6 そ の 他

群馬県知事 様

所 在 地
名 称
代表者氏名

印

群馬県介護支援専門員実務研修等事業実施計画書

1 研修年月日、研修会場等

研修の名称	
研修の内容（課程）	
研修の実施期間	年 月 日～ 年 月 日
研修を行う施設の名称・所在地	
受講料	円
その他受講者から受領する金額及びその算出基礎	(金額) 円 (算出基礎)

2 研修事業所要経費

項目	金額（単位：円）	内訳
収入		
支出		
差引金額		

添付書類 研修の課程並びに講師の氏名、履歴及び担当科目を記載した書類

様式 4

介護支援専門員実務研修等に係る
群馬県指定研修実施機関管理者（候補者）経歴書

ふりがな			
氏名		生年月日	
住所			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤務先等	職務内容	
備 考 （介護保険関係の経歴等）			

介護支援専門員実務研修等に係る
会場及び係員等の確保見込み（H23年度）

法人名

整理 番号	会場名 (所在地)	予定 受講生	係員	使用可能 駐車場	23年度 確保状況
1		人	係員 人 駐車場 人 本部等 人	台分	予約 仮予約 その他
2		人	係員 人 駐車場 人 本部等 人	台分	予約 仮予約 その他
3		人	係員 人 駐車場 人 本部等 人	台分	予約 仮予約 その他
4		人	係員 人 駐車場 人 本部等 人	台分	予約 仮予約 その他
5		人	係員 人 駐車場 人 本部等 人	台分	予約 仮予約 その他
合計		人	人	台分	

※研修会場等については、応募時点で想定している会場の状況を記入してください。

介護支援専門員実務研修等に係る
群馬県指定研修実施機関への苦情に対して講ずる措置の概要

措 置 の 概 要

1 受講申込者からの相談及び苦情等に対応する窓口（連絡先）、担当者の設置

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

様式 7

平成 22 年度中に実施した類似事業の実施状況

1 事業名

2 事業内容

3 実施期間

4 対象者

5 受講料

6 受講人数

7 事業経費

8 その他
(事業内容が分かるパンフレット等があれば添付してください。)