様式１－１

**誓　約　書**

　　年　　月　　日

　熊本県知事　　蒲島　郁夫　　様

　所　在　地

　法　人　名

代表者氏名

熊本県認知症介護基礎研修実施機関の指定に係る申請書の提出に際し、下記事項については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 研修を適正かつ円滑に行うために必要な事務的能力及び事業の安定的運営に必要な財政基盤を有す

る法人であること。

2. 研修実施機関を運営するために必要な経済的基礎があり、かつ研修実施機関運営事業の経理区分が

明確にできる等、財務内容が適正であること。

3. 受講料を3,000円/人以下にすること

4. 研修に見合った収支予算であること。

5. 研修の受講者に対して中立性・公平性が確保できること。

6. 研修事業を毎年継続的に実施する能力があること。

7. 研修の受講者からの問い合わせに迅速に対応できる体制であること。

8. 研修事業運営上知り得た研修受講者に係る秘密の保持について、職員及び職員であったものに対し

て、十分な処置がなされていること。

9. 宗教活動又は政治活動を目的とする団体でないこと。

10. 県から必要な指示、指導を受けた場合は、速やかに従うことができること。

【実施要項３「ア　県編成研修　」による研修実施の場合】

11. 実施要項３ア（ア）～（エ）の要件を満たす研修を実施できる体制であること。

【実施要項３「イ　独自編成研修　」による研修実施の場合】

12. 県内で研修を実施する法人であること

13. 講師、会場等の研修体制及び事務処理体制が確保できること

14. 過去3年間に都道府県又は指定都市において、当該研修と種類及び規模をほぼ同じくする研修を実

施した実績があること。

15．実施要項３イ（ア）～（エ）の要件を満たす研修を実施できる体制であること。

なお、当該誓約に違反があった場合には、それまで費やした費用を賠償することなしに、県が一方的に、選定結果を取り消す権利を有することに同意します。

※押印を省略される場合は、以下を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 |  |

様式１－２

**医療保健福祉の分野の研修会の実績について**

直近３年間において、国や県などの地方公共団体からの受託もしくは単独で、医療保健福祉の分野の研修会を実施した実績について、下記に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 実施期間 | 研修概要 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式１－３

**研修実施機関運営上の基本方針**

１　研修の目的を踏まえた基本方針

２　研修実施を希望する目的・理由

３　その他、独自の提案事項

様式１－４

**組織図　・　職員配置（見込）**

１　組織図

※　組織図は、わかりやすく図式化したものを示してください。（パンフレット等でも可）

２　研修に従事する職員配置（見込）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 | 役　　　職 | 氏　　　　　名 | 研修に関する担当事務 | 勤務形態 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ※勤務形態は、常勤・非常勤等を御記入ください。

様式１－５

事業費収支見込

収入

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

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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する金額　　　　　　　円

（一人あたり金額）

様式１－6

研修に係る講師の確保状況（見込み）

講師（予定）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属 | 資格（★） | 研修教科名・講義内容 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ・・・ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（★）資格欄には、「Ａ　認知症介護指導者」、「Ｂ　認知症介護指導者養成研修受講対象者」、「Ｃ　その他」のいずれかを記入してください。なお、「Ａ　認知症介護指導者」以外を講師とする場合には、実施要項３イ（エ）に示す基準を満たしていることを証明する書類を添付すること。

様式１－7

研修会場の確保状況（見込み）

１　会場名

２　所在地

３　会場使用日程

　※複数の会場を使用する場合は、各会場の使用日を記入してください。

（例）会場Ａ　〇年〇月〇日から●年●月●日まで

　　　会場Ｂ　〇年〇月〇日から●年●月●日まで

４　会場の定員