（様式第８号）

年　　月　　日

島　根　県　知　事　様

法　人　名

所　在　地

代　表　者

研修機関指定申請書

認知症対応型共同生活介護事業所に係る外部評価調査員養成研修実施機関として指定を受けたいので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（１）の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

　　　　　　　　　指定希望年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定研修事業を実施する 部署の所在地 | 〒 | | |
| 担当部署名 |  | | |
| 担当者 | （役職） （氏名） | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  | | |

（様式第９号）

年　　月　　日

　法人名　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　島　根　県　知　事

研修機関指定書

認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（２）の規定に基づき、下記のとおり貴法人を外部評価調査員養成研修実施機関として指定したので通知します。

記

１．法人名

２．所在地

３．代表者氏名

４．指定年月日

（様式第１０号）

年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

法　人　名

所　在　地

代　表　者

年度研修事業実施計画書

　　年度の事業実施方法等を定めたので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（４）の規定に基づき、関係書類を添えて提出します。

（様式第１１号）

年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

法　人　名

所　在　地

代　表　者

指定研修機関変更届出書

外部評価調査員養成研修実施機関の内容に変更が生じましたので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（５）の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

記

１．変更事項

２．変更内容 変更前：

変更後：

３．変更年月日

４．変更理由

５．添付書類

（変更に係る書類を添付すること。）

（様式第１２号）

年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

法　人　名

所　在　地

代　表　者

指定研修機関廃止届出書

外部評価調査員養成研修実施機関の事業を廃止したいので、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（６）の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

１．廃止予定年月日　　　　　　　年　　月　　日

２．廃止の理由

（様式第１３号）

年　　月　　日

　島　根　県　知　事　様

法　人　名

所　在　地

代　表　者

研修事業実績報告書

認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（７）の規定に基づき、関係書類を添えて提出します。

（様式第１４号）

年　　月　　日

法　人　名

所　在　地

代　表　者　　 様

　島　根　県　知　事

指定研修機関取消通知書

　　　　年　　月　　日付け　第　　号により指定した認知症対応型共同生活介護事業所に係る評価機関としての指定を、認知症対応型共同生活介護事業所に係る自己評価・外部評価実施要領別紙２の２「評価調査員養成等研修の実施について」第６の（８）の規定に基づき、取り消します。

記

１．指定研修機関の名称

２．指定研修機関の所在地

３．代表者氏名

４．指定取消年月日

５．取消の理由