（様式第６号）

年　　月　　日

　高知県知事　様

所　在　地（主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人名）

（代表者氏名）理事長

連　絡　先

福祉用具専門相談員指定講習会事業計画書

　　　年　月　日付けで福祉用具専門相談員指定講習会として指定を受けた（講習会名）について、下記のとおり実施しますので、「高知県福祉用具専門相談員指定講習会指定事務等実施要綱」に基づき、○○年度事業計画を、次のとおり提出します。

記

１　実施予定回数　　　回

２　予定修了者数　　　名

３　前回届出（申請）との変更の有無（あればその内容及び理由の一覧表を添付）

（添付書類）

1. 講習課程（カリキュラム）（様式１－２号）
2. 事業計画表及び各講習ごとの時間割表（様式第１－４号、１－５号）
3. 運営規程
4. 講義を行う講師の一覧表、講師の履歴書及び当該講師の承諾書（講師本人の署名のあるものに限る。）　　　　　　　　　　　　　（様式第６－２号、１－６号）
5. 事業所（講義を行う教室）の平面図及び設置者の氏名（法人であっては名称）並びに利用計画及び当該事業所の設置者の承諾書
6. 各講習ごとの収支予算書（様式第１－３号）
7. 申請者の昨年度の決算書
8. 申請者の概要及び資産状況
9. 受講料等の設定方法及び改定方法

（10）募集案内等受講希望者に提示する書類

（様式第６－２号）

福祉用具専門相談員指定講習会講師一覧

１　実施年度　　　　年　　月　　日

２　回数　　　　第　　　回

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当科目 | 講師名 | 現職 | 資格等 |
| 福祉用具の役割 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具専門相談員の役割と職業倫理 |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護保険制度等の考え方と仕組み |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護サービスにおける視点 |  |  |  |
|  |  |  |
| からだとこころの理解 |  |  |  |
|  |  |  |
| リハビリテーション |  |  |  |
|  |  |  |
| 高齢者の日常生活の理解 |  |  |  |
|  |  |  |
| 介護技術 |  |  |  |
|  |  |  |
| 住環境と住宅改修 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の特徴 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の活用 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具の供給の仕組み |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具貸与計画等の意義と活用 |  |  |  |
|  |  |  |
| 福祉用具による支援の手順と福祉用具貸与計画等の作成 |  |  |  |
|  |  |  |