

医政発 0406 第 2 号  
職発 0406 第 17 号  
社援発 0406 第 2 号  
老発 0406 第 6 号  
平成 24 年 4 月 6 日

都道府県知事  
政令市・中核市長  
地方厚生（支）局長  
都道府県労働局長 } 殿

厚生労働省医政局長  
厚生労働省職業安定局長  
厚生労働省社会・援護局長  
厚生労働省老健局長

「「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」等について」の一部改正について

「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定」に基づき我が国に入国するフィリピン人看護師、フィリピン人介護福祉士、フィリピン人看護師候補者及びフィリピン人介護福祉士候補者（以下、「フィリピン人看護師等」という。）の受入れの仕組み及びその運営に関する基本的事項の留意点等については、「「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」等について」（平成20年11月6日医政発第1106012号、職発第1106003号、社援発第1106004号、老発第1106007号厚生労働省医政局長、職業安定局長、社会・援護局長、老健局長連名通知（平成23年10月27日最終改正））により示しているところである。今般、当該通知を別紙1の新旧対照表とおり改正し、別紙2を適用することとしたので、御了知願いたい。

「「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」等について」（平成20年11月6日医政発第1106012号、職発第1106003号、社援発第1106004号、老発第1106007号厚生労働省医政局長、職業安定局長、社会・援護局長、老健局長連名通知（平成23年10月27日最終改正））（抄）【新旧対照表】

（ \_\_\_\_\_ 部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>第一 受入れの枠組み</p> <p>一 ～ 二 (略)</p> <p>三 フィリピン人候補者の入国までの流れ</p> <p>1 就労コースについて</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p><u>(4) 独立行政法人国際交流基金は、(3) でマッチングし、雇用契約の締結に係る同意を得た候補者に対して3か月間の日本語研修を行う。ただし、日本語能力が十分と認められた者については、この日本語研修の履修を要しない。</u></p> <p><u>(5) 事業団のあっせんにより受入れ機関と雇用契約を締結したフィリピン人候補者のみが査証を発給され、我が国への入国が認められる。こうした手順により、事業団及び海外雇用庁は、毎年、一定の時期に受入れ希望機関及びフィリピン人候補者の募集を行い、事業団が受入れ人数の上限の範囲内でマッチングを行う。</u></p> <p><u>(6) なお、フィリピン人候補者の我が国での在留資格は「特定活動」とされており、雇用契約を締結する受入れ機関及び就労する受入れ施設を指定して在留が許可される。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>四 ～ 五 (略)</p>	<p>第一 受入れの枠組み</p> <p>一 ～ 二 (略)</p> <p>三 フィリピン人候補者の入国までの流れ</p> <p>1 就労コースについて</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p><u>(4) 事業団のあっせんにより受入れ機関と雇用契約を締結したフィリピン人候補者のみが査証を発給され、我が国への入国が認められる。こうした手順により、事業団及び海外雇用庁は、毎年、一定の時期に受入れ希望機関及びフィリピン人候補者の募集を行い、事業団が受入れ人数の上限の範囲内でマッチングを行う。</u></p> <p><u>(5) なお、フィリピン人候補者の我が国での在留資格は「特定活動」とされており、雇用契約を締結する受入れ機関及び就労する受入れ施設を指定して在留が許可される。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>四 ～ 五 (略)</p>

## 六 受入れ機関とフィリピン人候補者との雇用契約

三のとおり、就労コースにおけるフィリピン人候補者は事業団のあっせんによって受入れ機関とあらかじめ雇用契約を締結した上で我が国に入国する。この雇用契約は、訪日前の3か月間及び訪日後の6か月間の日本語等研修（日本語研修免除者については訪日後の看護・介護導入研修）を修了することを停止条件とする雇用契約であり、所定の就労開始日からフィリピン人候補者の就労が開始される。また、事業団と海外雇用庁とが定める雇用契約の様式に従って雇用契約が締結される。

なお、受入れ機関とフィリピン人候補者との間で結ばれる雇用契約については、①フィリピン人看護師候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とする契約とし、②フィリピン人介護福祉士候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とした上で、3年の期間満了時に受入れ機関又はフィリピン人候補者のいずれかから契約を更新しない旨の申し出がない限り、1年間更新される契約とされる予定である。これは、フィリピン人看護師候補者及びフィリピン人介護福祉士候補者の我が国における滞在期間（それぞれ3年間及び4年間）を踏まえたものである。

## 第二 国家資格取得前の受入れ施設での就労等

### 一 共通事項

#### 1 (省略)

#### 2 日本語の語学研修の免除について

指針第二の一の二の(1)、第二の二の二の(1)、第二の三の二の(1)中の「1の(1)の口の活動に従事するために十分な言語能力を有すると認められる者」とは、フィリピン人候補者が、財団法人日本国際教育支援協会若しくは独立行政法人国際交流基金が実施する日本語能力試験N2（平成21年度までに実施された日本語能力試験においては、二級）以上の者であること、又は「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令の留学及び就学の在留資格に係る基準の規定に基づき日本語教育機関等を定める件」（平成2年法務省告示第145号）に基づき法務大臣が告示する日本語教育機関において9か月以上の日本語教育を受けた者であることを、厚生労働大臣により確認された者とする。ただし、受入れ機関が当該フィリピン人候補者に日本語の語学研修を受講させることを希望し、かつ、日本語研修機関が認める場合には、日本語の語学研修を受講することができる。

#### 3 ～ 5 (略)

### 二 看護師の資格取得を目的とした就労等

## 六 受入れ機関とフィリピン人候補者との雇用契約

三のとおり、就労コースにおけるフィリピン人候補者は事業団のあっせんによって受入れ機関とあらかじめ雇用契約を締結した上で我が国に入国する。この雇用契約は、我が国への入国後、6か月間の日本語等研修（日本語研修免除者については看護・介護導入研修）を修了することを停止条件とする雇用契約であり、所定の就労開始日からフィリピン人候補者の就労が開始される。また、事業団と海外雇用庁とが定める雇用契約の様式に従って雇用契約が締結される。

なお、受入れ機関とフィリピン人候補者との間で結ばれる雇用契約については、①フィリピン人看護師候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とする契約とし、②フィリピン人介護福祉士候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とした上で、3年の期間満了時に受入れ機関又はフィリピン人候補者のいずれかから契約を更新しない旨の申し出がない限り、1年間更新される契約とされる予定である。これは、フィリピン人看護師候補者及びフィリピン人介護福祉士候補者の我が国における滞在期間（それぞれ3年間及び4年間）を踏まえたものである。

## 第二 国家資格取得前の受入れ施設での就労等

### 一 共通事項

#### 1 (省略)

#### 2 日本語の語学研修の免除について

指針第二の一の二の(1)、第二の二の二の(1)、第二の三の二の(1)中の「1の(1)の口の活動に従事するために十分な言語能力を有すると認められる者」とは、フィリピン人候補者が、財団法人日本国際教育支援協会若しくは独立行政法人国際交流基金が実施する日本語能力試験N2（平成21年度までに実施された日本語能力試験においては、二級）以上の者であること、又は「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令の留学及び就学の在留資格に係る基準の規定に基づき日本語教育機関等を定める件」（平成2年法務省告示第145号）に基づき法務大臣が告示する日本語教育機関において6か月以上の日本語教育を受けた者であることを、厚生労働大臣により確認された者とする。ただし、受入れ機関が当該フィリピン人候補者に日本語の語学研修を受講させることを希望し、かつ、日本語研修機関が認める場合には、日本語の語学研修を受講することができる。

#### 3 ～ 5 (略)

### 二 看護師の資格取得を目的とした就労等

1 ～ 3 (略)

4 フィリピン人看護師候補者が従事する業務について

フィリピン人看護師候補者については、フィリピンの看護師の資格を有し、かつ3年間の実務経験を有している者を我が国の病院で受け入れ、当該病院で就労しながら研修を受け、最大3年間の滞在期間の間に看護師資格の取得を目指すものである。

フィリピン人看護師候補者が看護師資格を取得するまでの間は、看護業務に従事できないことは当然であるが、この受入れの趣旨にかんがみ、受入れ病院において看護師候補者が従事する業務内容についてはできる限り配慮すること。

従事する看護師候補者としての業務の内容については、具体的には受入れ病院の規模や特徴にもよるが、できる限り候補者の経験や意向も踏まえた上で、我が国での看護師資格の取得に資するような業務に従事させるとともに、当該候補者の日本語の習熟度に応じて、より単純なものから高度なものとなるよう、配慮すること。

5 ～ 6 (略)

三 介護福祉士の資格取得を目的とした就労等

1 (略)

2 配置基準の取扱いについて

(1) 概要

指針第二の二の3の(2)については、介護福祉士候補者が、受入れ施設において就労しながら国家試験の受験に向けた研修を受けることとされていることから、受入れ施設の要件として、就労する介護福祉士候補者を除いても、法令に基づく職員等の配置の基準（以下「配置基準」という。）のうち職員の最低基準に関するものを満たすこととし、受入れ施設における適切な研修体制の確保を図ったものであること。

しかしながら、介護福祉士候補者が雇用契約に基づき就労していることを評価し、(2)に掲げる介護福祉士候補者については、(3)に掲げる報酬に係る加算等における配置基準上、当該介護福祉士候補者を職員等とみなす取扱いとすること。

(2) 配置基準において職員等とみなす介護福祉士候補者について

受入れ施設で就労する介護福祉士候補者のうち次の①又は②に該当するものとする。

1 ～ 3 (略)

4 フィリピン人看護師候補者が従事する業務について

フィリピン人看護師候補者については、フィリピンの看護師の資格を有し、かつ二年間の実務経験を有している者を我が国の病院で受け入れ、当該病院で就労しながら研修を受け、最大3年間の滞在期間の間に看護師資格の取得を目指すものである。

フィリピン人看護師候補者が看護師資格を取得するまでの間は、看護業務に従事できないことは当然であるが、この受入れの趣旨にかんがみ、受入れ病院において看護師候補者が従事する業務内容についてはできる限り配慮すること。

従事する看護師候補者としての業務の内容については、具体的には受入れ病院の規模や特徴にもよるが、できる限り候補者の経験や意向も踏まえた上で、我が国での看護師資格の取得に資するような業務に従事させるとともに、当該候補者の日本語の習熟度に応じて、より単純なものから高度なものとなるよう、配慮すること。

5 ～ 6 (略)

三 介護福祉士の資格取得を目的とした就労等

1 (略)

2 配置基準の取扱いについて

指針第二の二の3の(2)に関し、インドネシア人介護福祉士候補者は、介護福祉士資格を取得するまでの間は、受入れ施設で就労しながら国家試験の受験に向けた研修を受けることとされており、受入れ施設においては適切な研修体制の確保を図ることが必要であるが、一方で、研修体制を確保しても、当該施設の入所者に対するサービス提供に影響を及ぼさないことが必要であることから、インドネシア人介護福祉士候補者を除いても法令上必要な介護職員を確保しなければならないこととしている。

- ① 受入れ施設において就労を開始した日から1年を経過した者
- ② 日本語能力試験（独立行政法人国際交流基金及び財団法人日本国際教育支援協会（昭和三十二年三月一日に財団法人日本国際教育協会として設立された法人をいう。）が実施する日本語能力試験をいう。）においてN1又はN2（平成二十二年三月三十一日までに実施された審査にあつては、一級又は二級）に合格した者

(3) 介護福祉士候補者を職員等とみなす配置基準について

- ① 昼間におけるユニットの配置基準（指針別表第3第1号から第6号まで）

以下のイからへまでに掲げる施設又は事業所における、昼間におけるユニットの配置基準では、「昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

- イ 特別養護老人ホーム
- ロ 指定介護老人福祉施設
- ハ 介護老人保健施設
- ニ 指定介護療養型医療施設
- ホ 指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所
- へ 指定短期入所療養介護事業所及び指定介護予防短期入所療養介護事業所

- ② ユニットにおける職員に係る減算に関する配置基準（指針別表第3第11号）

以下のイからホまでに掲げる施設又は事業所における、ユニットにおける職員に係る減算の配置基準では、「日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

- イ 指定介護老人福祉施設
- ロ 介護老人保健施設
- ハ 指定介護療養型医療施設
- ニ 指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所
- ホ 指定短期入所療養介護事業所及び指定介護予防短期入所療養介護事業所

③ 準ユニットケア加算に関する配置基準（指針別表第3第11号）

指定介護老人福祉施設における準ユニットケア加算の配置基準では、「日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

④ 夜勤職員配置加算、夜勤ケア加算及び夜間勤務等看護に関する配置基準（指針別表第3第7号）

（i）以下のイ及びロに掲げる施設又は事業所における夜勤職員配置加算の配置基準、ハに掲げる事業所における夜勤ケア加算の配置基準では、「夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、法令上規定する夜勤の職員配置の最低基準に1を加えた数以上であること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、最低基準を超える員数として算定する場合に限り、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

イ 指定介護老人福祉施設

ロ 指定短期入所生活介護事業所

ハ 指定認知症対応型共同生活介護事業所及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

（ii）以下のイ及びハに掲げる施設又は事業所における夜勤職員配置加算の配置基準、ロ及びニに掲げる施設又は事業所における夜間勤務等看護に係る加算の配置基準では、「夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が一定の数以上であること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

イ 介護老人保健施設

ロ 指定介護療養型医療施設

ハ 介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所及び介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所

ニ 療養病床を有する病院又は診療所である指定短期入所療養介護事業所及び療養病床を有する病院又は診療所である指定介護予防短期入所療養介護事業所

⑤ サービス提供体制強化加算に関する配置基準（指針別表第3第10号）

サービス提供体制強化加算の配置基準では、施設又は事業所に

応じて、

(i) 「施設又は事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が一定以上であること」

(ii) 「施設又は事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が一定以上であること」

(iii) 「施設又は事業所での利用者等に直接サービス等を提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が一定以上であること」

と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」、「常勤職員」及び「利用者等に直接サービス等を提供する職員」とみなす取扱いとすること。

⑥ 福祉専門職員配置等加算に関する配置基準（指針別表第3第8号）

以下のイからへまでに掲げる指定障害福祉サービスを行う施設又は事業所における福祉専門職員配置加算の配置基準では、

(i) 「生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、介護福祉士等である従業者の割合が一定以上であること」、

(ii) 「生活支援員として配置されている従業者のうち、常勤で配置されている従業者の割合が一定以上であること」、 (iii)

「生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、3年以上従事している従業者の割合が一定以上であること」と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、当該「生活支援員」及び「常勤で配置されている従業者」とみなす取扱いとすること。

イ 生活介護

ロ 自立訓練（機能訓練）

ハ 自立訓練（生活訓練）

ニ 就労移行支援

ホ 就労継続支援A型

へ 就労継続支援B型

⑦ 人員配置体制加算に関する配置基準（指針別表第3第9号）

指定障害福祉サービスのうち生活介護を行う施設又は事業所における人員配置体制加算の配置基準では、「単位ごとに置くべき生活支援員等の員数の総数が一定数以上であること」と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、当該「生活支援員」とみなす取扱いとすること。

⑧ 夜勤職員配置体制加算に関する配置基準（指針別表第3第9号）

指定障害福祉サービスのうち施設入所支援を行う施設における夜勤職員配置体制加算では、「単位ごとに置くべき生活支援員の員数が一定数以上であること」と定められているが、上記の（2）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

3～7 （略）

3 （削除）

四（略）

第三 ～ 第四（略）

第五 定期報告及び随時報告について

一 （略）

二 定期報告及び随時報告の提出時期について

指針第四の二の2（1）による定期報告については、フィリピン人看護師候補者受入れ機関にあっては毎年2月20日まで、フィリピン人介護福祉士候補者受入れ機関にあっては毎年1月20日までに、1月1日現在の、受入れ施設の要件の遵守状況、研修の実施状況及び雇用契約の要件の遵守状況について事業団に報告すること。

3～7 （略）

8 「その他第一号から前号までに類する通所サービスを提供する施設」について

指針別表第二の五中の「その他第一号から前号までに類する通所サービスを提供する施設」とは、次の施設をいうものであること。

（1）「知的障害者通所援護事業助成費の国庫補助について」（昭和54年4月11日付け児第67号）別添（知的障害者通所援護事業実施要綱）に基づく「知的障害者通所援護事業」を行っている施設

（2）「在宅重度障害者通所援護事業について」（昭和63年5月25日付け厚生省社第298号）別添（在宅重度障害者通所援護事業実施要綱）に基づく「在宅重度障害者通所援護事業」を行っている施設

（3）「重症心身障害児（者）通園事業の実施について」（平成15年11月10日付け障発第1110001号）別紙（重症心身障害児（者）通園事業実施要綱）に基づく「重症心身障害児（者）通園事業」を行っている施設

四 （略）

第三 ～ 第四（略）

第五 定期報告及び随時報告について

一 （略）

二 定期報告の提出時期について

指針第四の二の2（1）による定期報告については、インドネシア人看護師候補者受入れ機関にあっては毎年2月20日まで、インドネシア人介護福祉士候補者受入れ機関にあっては毎年1月20日までに、1月1日現在の、受入れ施設の要件の遵守状況、研修の実施状況及び雇用契約の要件の遵守状況について事業団に報告すること。



なお、毎年1月1日時点で日本語の語学研修を受講中で、受入れ施設における就労及び研修を開始していないフィリピン人候補者に係る定期報告については、研修の実施状況に係る様式第2号及び雇用契約の要件の遵守状況に係る様式第3号の提出は不要とする。

指針第四の二の2（2）による随時報告については、イの死亡・失踪・不法就労活動の報告にあつてはこれらの事実を把握した日から2週間以内に、ハの合否結果の報告にあつては試験の合否発表日から2週間以内に、ニの養成課程の修了結果の報告にあつては結果発表日から2週間以内に、ホの介護福祉士として就労する施設決定の報告にあつては決定日から2週間以内に、ヘの帰国の報告にあつては帰国日から2週間以内に、それぞれ受入れ調整機関に報告するものであること。

(以下略)

なお、毎年1月1日時点で日本語の語学研修を受講中で、受入れ施設における就労及び研修を開始していないインドネシア人候補者に係る定期報告については、研修の実施状況に係る様式第2号及び雇用契約の要件の遵守状況に係る様式第3号の提出は不要とする。

(以下略)

改正後

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第1-1号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(病院)

【受入れ施設】
受入れ施設名称
受入れ施設住所
受入れ施設代表者職氏名
担当者職氏名(連絡先電話番号)
医療保険適用病床数(内一般病床, 精神病床, 療養病床)
看護師及び准看護師一人あたりに対する入院患者数
1日平均入院患者数
1日平均外来患者数
職種別職員数(医師, 看護職員)
臨地実習に係る実習指導者数
研修責任者職氏名

【受け入れている看護師候補者】

Table with columns for Name (Alpha name), Nationality, Sex, Date of Birth, Candidate Number, Foreign Registration Number, and Start Date of Work.

社団法人国際厚生事業団 殿
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。
受入れ機関名称
受入れ機関住所
代表者職氏名
連絡先電話番号
担当者職氏名
(受入れ機関番号)
( )枚のうち( )枚目

改正前

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第1-1号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(病院)

【受入れ施設】
受入れ施設名称
受入れ施設住所
受入れ施設代表者職氏名
担当者職氏名(連絡先電話番号)
医療保険適用病床数(内一般病床, 精神病床, 療養病床)
看護師及び准看護師一人あたりに対する入院患者数
1日平均入院患者数
1日平均外来患者数
職種別職員数(医師, 看護職員)
臨地実習に係る実習指導者数
研修責任者職氏名

【受け入れている看護師候補者】

Table with columns for Name (Alpha name), Nationality, Sex, Date of Birth, Candidate Number, Foreign Registration Number, and Start Date of Work.

社団法人国際厚生事業団 殿
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。
受入れ機関名称
受入れ機関住所
代表者職氏名
連絡先電話番号
担当者職氏名
(受付番号)
( )枚のうち( )枚目

(下線部斜体 は改正部分)

改正後

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第1 - 1号別紙

### 看護基準等変更報告

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

①病院組織図、②看護部門概要、③看護部門方針、④看護部門業務規程、⑤看護基準、⑥看護手順に関して、

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、変更はありません。

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、以下のものについて変更がありましたので変更部分を添えて報告します。

変更があったもの

- 病院組織図       看護部門概要       看護部門方針  
 看護部門業務規程       看護基準       看護手順

※1 該当するものにレ点を記すこと

※2 変更があったもの全てについて、変更部分の写しを提出すること。

社団法人国際厚生事業団 殿

当病院における看護基準等について、上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称 ( 受入れ機関番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

(下線部斜体 は改正部分)

改正前

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第1 - 1号別紙

### 看護基準等変更報告

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

①病院組織図、②看護部門概要、③看護部門方針、④看護部門業務規程、⑤看護基準、⑥看護手順に関して、

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、変更はありません。

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、以下のものについて変更がありましたので変更部分を添えて報告します。

変更があったもの

- 病院組織図       看護部門概要       看護部門方針  
 看護部門業務規程       看護基準       看護手順

※1 該当するものにレ点を記すこと

※2 変更があったもの全てについて、変更部分の写しを提出すること。

社団法人国際厚生事業団 殿

当病院における看護基準等について、上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称 ( 受付番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

改正後

(介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第1-2号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_ 施設設立年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(平成20年厚生労働省告示509号別表2に掲げる施設の場合、同一敷地内において一体的に運営されている施設であって同告示別表1に掲げるものに

該当する施設名称及び施設種別 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

入所定員数 \_\_\_\_\_ 入所者数 \_\_\_\_\_

介護職員数 常勤 \_\_\_\_\_ 人(内介護福祉士資格取得者 \_\_\_\_\_ 人)、非常勤 \_\_\_\_\_ 人、常勤換算 \_\_\_\_\_ 人

(指定介護療養型医療施設の場合、介護保険の指定を受けた病床数 \_\_\_\_\_ )

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
就業日数	_____ 日	_____ 日	_____ 日

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正前

(介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第1-2号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_ 施設設立年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(平成20年厚生労働省告示509号別表2に掲げる施設の場合、同一敷地内において一体的に運営されている施設であって同告示別表1に掲げるものに

該当する施設名称及び施設種別 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

入所定員数 \_\_\_\_\_ 入所者数 \_\_\_\_\_

介護職員数 常勤 \_\_\_\_\_ 人(内介護福祉士資格取得者 \_\_\_\_\_ 人)、非常勤 \_\_\_\_\_ 人、常勤換算 \_\_\_\_\_ 人

(指定介護療養型医療施設の場合、介護保険の指定を受けた病床数 \_\_\_\_\_ )

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
就業日数	_____ 日	_____ 日	_____ 日

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受付番号 \_\_\_\_\_ )  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正後

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第1-3号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

1学年あたりの定員数 \_\_\_\_\_ 1年あたりの卒業者数 \_\_\_\_\_ 在学者数 \_\_\_\_\_ 職員数 \_\_\_\_\_

養成課程修了に要する最短の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 就学期間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで

卒業時共通試験の実施の有無 \_\_\_\_\_ 有・無

卒業時共通試験において低得点と認められた就学者に対する措置 \_\_\_\_\_ 点以下の者に対し、 \_\_\_\_\_ を実施

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
養成課程終了予定年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( )枚のうち( )枚目

改正前

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第1-3号

受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

1学年あたりの定員数 \_\_\_\_\_ 1年あたりの卒業者数 \_\_\_\_\_ 在学者数 \_\_\_\_\_ 職員数 \_\_\_\_\_

養成課程修了に要する最短の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 就学期間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで

卒業時共通試験の実施の有無 \_\_\_\_\_ 有・無

卒業時共通試験において低得点と認められた就学者に対する措置 \_\_\_\_\_ 点以下の者に対し、 \_\_\_\_\_ を実施

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
養成課程終了予定年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受付番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( )枚のうち( )枚目

改正後

(看護師・介護福祉士資格取得者受入れ施設記載用)

様式第1-4号

受入れ施設の要件遵守状況の報告

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者の配属先及び業務内容			

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正前

(看護師・介護福祉士受入れ施設記載用)

様式第1-4号

受入れ施設の要件遵守状況の報告 (病院・介護施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者の配属先及び業務内容			

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受付番号 \_\_\_\_\_ )  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正後

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第2-1号

研修の実施状況の報告 (病院)

候補者氏名
受入れ施設名称
受入れ施設住所

研修指導体制

看護師の院内教育、学生の実習指導を調整する責任者職氏名

Table with 3 columns: 職氏名, 研修責任者, 研修支援者. Includes a row for 資格・経歴.

※研修責任者又は研修支援者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の看護師資格の写し

及び経歴証明書を添付すること

研修方法

Table with 3 columns: 項目, 研修方法 (計画作成時の実施予定時期), 実績. Rows include 国家試験科目関係, 日本語学習関係, 職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係, and その他.

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ機関名称

(受入れ機関番号)

研修計画の実施状況について、上記のとおりで

受入れ機関住所

あることを報告します。

代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日

担当者職氏名

改正前

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第2-1号

研修の実施状況の報告 (病院)

候補者氏名
受入れ施設名称
受入れ施設住所

研修指導体制

看護師の院内教育、学生の実習指導を調整する責任者職氏名

Table with 3 columns: 職氏名, 研修責任者, 研修支援者. Includes a row for 資格・経歴.

※研修責任者又は研修支援者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の看護師資格の写し

及び経歴証明書を添付すること

研修方法

Table with 3 columns: 項目, 研修方法 (計画作成時の実施予定時期), 実績. Rows include 国家試験科目関係, 日本語学習関係, 職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係, and その他.

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ機関名称

(受付番号)

研修計画の実施状況について、上記のとおりで

受入れ機関住所

あることを報告します。

代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日

担当者職氏名

(下線部斜体 は改正部分)

改正後

(介護福祉士候補者(就労コース) 受入れ施設記載用)

様式第 2-2 号

### 研修の実施状況の報告 (介護施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_  
受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

#### 研修指導体制

	研修責任者	研修支援者
職氏名		
資格・経歴		

※研修責任者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の介護福祉士資格の写し及び①経歴証明書又は②介護福祉士養成実習施設指導者特別研修課程修了証の写しを添付すること

#### 研修方法

項目	研修方法 (計画作成時の実施予定時期)	実績
国家試験科目関係 (筆記)	研修計画作成時における研修内容と、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	計画作成時に記入した具体的な研修・学習方法毎に、変更があった全項目について記入する。記入する内容は、研修・学習方法の変更があるものについてはその変更の内容がわかるように、また中止したものについてはその理由の記載と併せて中止したことがわかるように表示すること。以下、同様。
国家試験科目関係 (実技)		
日本語学習関係	(記載例) ①毎日1時間程度、研修担当者とのOJTによる日本語学習 (10月) ②地域の日本語ボランティア教室の活用 (11月～翌3月) ③地域行事活動への参加 (12月)	(記載例) ①計画どおり実施 ②日本語学校への夜間通学に変更 (11月～翌3月) ③中止 (本年度は日本語学校における学習を優先したため)
職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿 受入れ機関名称 (受入れ機関番号)

研修計画の実施状況について、上記のとおりで 受入れ機関住所

あることを報告します。 代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日 担当者職氏名

(下線部斜体 は改正部分)

改正前

(介護福祉士候補者(就労コース) 受入れ施設記載用)

様式第 2-2 号

### 研修の実施状況の報告 (介護施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_  
受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

#### 研修指導体制

	研修責任者	研修支援者
職氏名		
資格・経歴		

※研修責任者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の介護福祉士資格の写し及び①経歴証明書又は②介護福祉士養成実習施設指導者特別研修課程修了証の写しを添付すること

#### 研修方法

項目	研修方法 (計画作成時の実施予定時期)	実績
国家試験科目関係 (筆記)	研修計画作成時における研修内容と、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	計画作成時に記入した具体的な研修・学習方法毎に、変更があった全項目について記入する。記入する内容は、研修・学習方法の変更があるものについてはその変更の内容がわかるように、また中止したものについてはその理由の記載と併せて中止したことがわかるように表示すること。以下、同様。
国家試験科目関係 (実技)		
日本語学習関係	(記載例) ①毎日1時間程度、研修担当者とのOJTによる日本語学習 (10月) ②地域の日本語ボランティア教室の活用 (11月～翌3月) ③地域行事活動への参加 (12月)	(記載例) ①計画どおり実施 ②日本語学校への夜間通学に変更 (11月～翌3月) ③中止 (本年度は日本語学校における学習を優先したため)
職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿 受入れ機関名称 (受付番号)

研修計画の実施状況について、上記のとおりで 受入れ機関住所

あることを報告します。 代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日 担当者職氏名



(下線部斜体 は改正部分)

改正後

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第2-1・2-2号別紙1

研修評価表(研修責任者記載)

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)		( )	( )	( )
候補者番号				
就労開始年月日(研修年次)		年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→
	日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→
	自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→
	メンタルヘルスの問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 →できていない できている→	1 2 3 4 5 →できていない できている→	1 2 3 4 5 →できていない できている→
	合計点			
	自由記載欄			

(下線部斜体 は改正部分)

改正前

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第2-1・2-2号別紙1

研修評価表(研修責任者記載)

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)		( )	( )	( )
受入れ者番号				
就労開始年月日(研修年次)		年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→	1 2 3 4 5 →なっていない なった→
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→
	日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 →進んでいない 進んでいる→
	自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 →働いていない 働いている→
	メンタルヘルスの問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 →できていない できている→	1 2 3 4 5 →できていない できている→	1 2 3 4 5 →できていない できている→
	合計点			
	自由記載欄			

(下線部斜体 は改正部分)

改正後

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)記載用)

様式第2-1・2-2号別紙2

### 研修評価表(候補者記載)

候補者氏名(日本語)

候補者氏名(アルファベット)

候補者番号

就労開始年月日(研修年次)	年 月 日(研修 年目)	(自由記載欄)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
	日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
	自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→
	メンタルヘルスの問題への対応ができていないか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→
	合計点	

(下線部斜体 は改正部分)

改正前

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)記載用)

様式第2-1・2-2号別紙2

### 研修評価表(候補者記載)

候補者氏名(日本語)

候補者氏名(アルファベット)

受入れ者番号

就労開始年月日(研修年次)	年 月 日(研修 年目)	(自由記載欄)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
	日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
	自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→
	メンタルヘルスの問題への対応ができていないか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→
	合計点	

改正後

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第2-3号

就学状況報告書(介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第                     号	第                     号	第                     号
就学開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出席率			
受講済/ 取得予定科目数	/	/	/
総合評価	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( )枚のうち( )枚目

改正前

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第2-3号

就学状況報告書(介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第                     号	第                     号	第                     号
就学開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出席率			
受講済/ 取得予定科目数	/	/	/
総合評価	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受付番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( )枚のうち( )枚目

改正後

(下線部斜体は改正部分)

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第2-3号別紙1

候補者の就学状況報告(養成施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

体制

	就学を総括する責任者	日本語学習支援担当者	生活支援担当者
職氏名			

就学の状況

項目	方法	実績
養成課程関係		左記の具体的な方法毎に実績を記入する。 候補者が受講する養成課程カリキュラムを添付し、その進捗状況や理解度を確認する試験の実施状況について記載すること。
日本語学習関係	年度当初における学習・支援等の内容、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	実際に行った日本語学習の支援の内容、時期、回数及び日本語学習の進捗状況の確認時期等について記載すること。
生活支援関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿

候補者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。

受入れ機関名称

( 受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

年 月 日

改正前

(下線部斜体は改正部分)

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第2-3号別紙1

候補者の就学状況報告(養成施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

体制

	就学を総括する責任者	日本語学習支援担当者	生活支援担当者
職氏名			

就学の状況

項目	方法	実績
養成課程関係		左記の具体的な方法毎に実績を記入する。 候補者が受講する養成課程カリキュラムを添付し、その進捗状況や理解度を確認する試験の実施状況について記載すること。
日本語学習関係	年度当初における学習・支援等の内容、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	実際に行った日本語学習の支援の内容、時期、回数及び日本語学習の進捗状況の確認時期等について記載すること。
生活支援関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿

候補者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。

受入れ機関名称

( 受付番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

年 月 日

**就学状況評価表(就学を総括する責任者記載)**

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
候補者番号			
就学開始年月日(就学年次)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
自己学習計画を支援する施設の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→
合計点			
自由記載欄			

**就学状況評価表(就学を総括する責任者記載)**

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
受入れ者番号			
就学開始年月日(就学年次)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
自己学習計画を支援する施設の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→
合計点			
自由記載欄			

改正後

(下線部斜体 は改正部分)

(介護福祉士候補者(就学コース)記載用)

様式第2-3号別紙3

**就学状況評価表(候補者記載)**

候補者氏名(日本語) \_\_\_\_\_

候補者氏名(アルファベット) \_\_\_\_\_

候補者番号 \_\_\_\_\_

就学開始年月日(研修年次)	年 月 日(就学 年目)	(自由記載欄)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない できています→	
合計点		

改正前

(下線部斜体 は改正部分)

(介護福祉士候補者(就学コース)記載用)

様式第2-3号別紙3

**就学状況評価表(候補者記載)**

候補者氏名(日本語) \_\_\_\_\_

候補者氏名(アルファベット) \_\_\_\_\_

受入れ者番号 \_\_\_\_\_

就学開始年月日(研修年次)	年 月 日(就学 年目)	(自由記載欄)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない できています→	
合計点		

**改正後**

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)、看護師・介護福祉士資格取得者受入れ施設記載用)

様式第3号

**雇用契約の要件(同等報酬要件) 遵守状況の報告**

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
基本給月額			
過去1年の月平均支払総額 (諸手当・超過勤務手当等 を含む。但し賞与を除く)			
過去1年に支払った賞与額			

※同等報酬を確認できる書類を添付のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

雇用契約の要件(同等報酬要件)遵守状況について

上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

**改正前**

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)、看護師・介護福祉士受入れ施設記載用)

様式第3号

**雇用契約の要件(同等報酬要件) 遵守状況の報告**

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
基本給月額			
過去1年の月平均支払総額 (諸手当・超過勤務手当等 を含む。但し賞与を除く)			
過去1年に支払った賞与額			

※同等報酬を確認できる書類を添付のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

雇用契約の要件(同等報酬要件)遵守状況について

上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

(下線部斜体 は改正部分)

改正後

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)、看護師・介護福祉士~~資格取得者~~受入れ施設記載用)

様式第3号別紙

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士

に対する同等報酬について

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士  
(候補者番号 \_\_\_\_\_) に対する報酬は、

当施設において \_\_\_\_\_ の業務に従事する、経験年数 \_\_\_\_\_ 年目  
の者 ( \_\_\_\_\_ 資格保有) と同等とし、当施設の賃金規定第 \_\_\_\_\_ 条に基  
づき、

\_\_\_\_\_ 円 (基本給 \_\_\_\_\_ 円、諸手当 \_\_\_\_\_ 円)  
としています。

※不要な字は抹消して使用のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士に対する報酬について、  
上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称 ( 受入れ機関番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

(下線部斜体 は改正部分)

改正前

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)、看護師・介護福祉士受入れ施設記載用)

様式第3号別紙

フィリピン人看護師等に対する同等報酬について

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士  
(受入れ者番号 \_\_\_\_\_) に対する報酬は、

当施設において \_\_\_\_\_ の業務に従事する、経験年数 \_\_\_\_\_ 年目  
の者 ( \_\_\_\_\_ 資格保有) と同等とし、当施設の賃金規定第 \_\_\_\_\_ 条に基  
づき、

\_\_\_\_\_ 円 (基本給 \_\_\_\_\_ 円、諸手当 \_\_\_\_\_ 円)  
としています。

※不要な字は抹消して使用のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

フィリピン人看護師等に対する報酬について、上記のとおりで  
あることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称 ( 受付番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名



改正後

(受入れ施設記載用)

様式第4-1号

死亡報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称 (施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	死亡の状況等 死亡日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡原因・経緯 _____ _____ _____
国籍	_____	
性別	男 _____ 女 _____	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
候補者番号	_____	
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が死亡したため報告いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正前

(受入れ施設記載用)

様式第4-1号

死亡報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称 (施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	死亡の状況等 死亡日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡原因・経緯 _____ _____ _____
国籍	_____	
性別	男 _____ 女 _____	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
受入れ者番号	_____	
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が死亡したため報告いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 (受付番号) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正後

(受入れ施設記載用)

様式第4-2号

失踪報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称（施設種別） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	失踪の状況等 失踪発覚日 _____年 _____月 _____日 発覚の契機及び失踪状況等 _____ _____ _____ _____ 地方入国管理局通報先 通報日 _____年 _____月 _____日
国籍		
性別	男 女	
生年月日	西暦 _____年 _____月 _____日	
候補者番号		
外国人登録番号	第 _____号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____年 _____月 _____日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が失踪したため報告いたします。  
 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正前

(受入れ施設記載用)

様式第4-2号

失踪報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称（施設種別） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	失踪の状況等 失踪発覚日 _____年 _____月 _____日 発覚の契機及び失踪状況等 _____ _____ _____ _____ 地方入国管理局通報先 通報日 _____年 _____月 _____日
国籍		
性別	男 女	
生年月日	西暦 _____年 _____月 _____日	
受入れ者番号		
外国人登録番号	第 _____号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____年 _____月 _____日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が失踪したため報告いたします。  
 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受入れ機関名称 (受付番号) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正後

(受入れ施設記載用)

様式第4-3号

不法就労活動報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称（施設種別） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	不法就労活動が行われていると史料された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		不法就労活動の内容及び発覚の契機 _____ _____ _____
性別	男 _____ 女 _____	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
候補者番号		地方入国管理局通報先 _____ 通報日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が、入管法第十九条第一項の規定に  
 違反していると思料いたしますので報告いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 ( 受入れ機関番号 ) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正前

(受入れ施設記載用)

様式第4-3号

不法就労活動報告書

【受入れ施設】  
 受入れ施設名称（施設種別） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	不法就労活動が行われていると史料された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		不法就労活動の内容及び発覚の契機 _____ _____ _____
性別	男 _____ 女 _____	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
受入れ者番号		地方入国管理局通報先 _____ 通報日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿  
 当機関受入れの上記の者が、入管法第十九条第一項の規定に  
 違反していると思料いたしますので報告いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 ( 受付番号 ) \_\_\_\_\_  
 受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
 代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正後

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)、看護師・介護福祉士資格取得者受入れ施設記載用)

様式第5-1号

雇用契約終了報告書

【受入れ施設】  
受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	雇用契約を終了させる日	_____年 月 日
国籍		雇用契約終了の理由	_____ _____ _____
性別	男 女		
生年月日	西暦 年 月 日		
候補者番号		雇用契約終了後の看護師等の状況	帰国・転職・その他 _____ (転職の場合には転職先の名称・住所)
外国人登録番号	第 _____ 号		
就労開始年月日	西暦 年 月 日		

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの上記の者との雇用契約を終了させていただきますので  
報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名  
( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正前

(看護師候補者・介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第5-1号

雇用契約終了報告書

【受入れ施設】  
受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )  
受入れ施設住所 \_\_\_\_\_  
受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	雇用契約を終了させる日	_____年 月 日
国籍		雇用契約終了の理由	_____ _____ _____
性別	男 女		
生年月日	西暦 年 月 日		
受入れ者番号		雇用契約終了後の看護師等の状況	帰国・転職・その他 _____ (転職の場合には転職先の名称・住所)
外国人登録番号	第 _____ 号		
就労開始年月日	西暦 年 月 日		

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの上記の者との雇用契約を終了させていただきますので  
報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称 (受付番号 )  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名  
( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正後

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第5-2号

履修許可取消し報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	履修の許可を取消す日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		履修の許可を取消す理由 _____ _____ _____
性別	男 女	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
候補者番号		
外国人登録番号	第 _____ 号	履修許可取消し後の候補者の状況
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者の介護福祉士養成課程履修の許可を  
取消しますので報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称

( 受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正前

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第5-2号

履修許可取消し報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	履修の許可を取消す日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		履修の許可を取消す理由 _____ _____ _____
性別	男 女	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
受入れ者番号		
外国人登録番号	第 _____ 号	履修許可取消し後の候補者の状況
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者の介護福祉士養成課程履修の許可を  
取消しますので報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称

( 受付番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

改正後

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第6-1号

看護師国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )

※ 合格の場合、看護師国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が看護師国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受入れ機関番号) \_\_\_\_\_ ( )

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正前

(看護師候補者受入れ施設記載用)

様式第6-1号

看護師国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )

※ 合格の場合、看護師国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が看護師国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号) \_\_\_\_\_ ( )

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正後

(介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第6-2号

介護福祉士国家試験合格結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

※ 合格の場合、介護福祉士国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受入れ機関番号) \_\_\_\_\_

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正前

(介護福祉士候補者(就労コース)受入れ施設記載用)

様式第6-2号

介護福祉士国家試験合格結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

※ 合格の場合、介護福祉士国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号) \_\_\_\_\_

( ) 枚のうち ( ) 枚目

**改正後**

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第6-3号

**介護福祉士養成課程修了結果報告書**

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
修了年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
卒業時共通試験得点 (試験実施後の措置)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士養成課程を

修了したので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

**改正前**

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第6-3号

**介護福祉士養成課程修了結果報告書**

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
修了年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
卒業時共通試験得点 (試験実施後の措置)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士養成課程を

修了したので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号 \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目



**改正後**

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第6-4号

**就労施設報告書**

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	就労施設名称 _____
国籍	_____	就労施設住所 _____
性別	男      女	代表者職氏名 _____
生年月日	西暦      年      月      日	連絡先電話番号 _____
候補者番号	_____	担当者職氏名 _____
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労開始予定年月日	西暦      年      月      日	

①介護福祉士登録証の写し 及び ②雇用契約書の写し を添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者の就労先が決定しましたので  
報告いたします。

年      月      日

(就労施設記載欄)

(養成施設記載欄)

(受入れ機関番号) \_\_\_\_\_

受入れ機関名称  
 受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号  
 担当者職氏名

受入れ機関名称  
 受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号  
 担当者職氏名

(    ) 枚のうち (    ) 枚目

**改正前**

(介護福祉士候補者(就学コース)受入れ施設記載用)

様式第6-4号

**就労施設報告書**

【受入れ施設(養成施設記載欄)】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
 担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	就労施設名称 _____
国籍	_____	就労施設住所 _____
性別	男      女	代表者職氏名 _____
生年月日	西暦      年      月      日	連絡先電話番号 _____
受入れ者番号	_____	担当者職氏名 _____
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労開始予定年月日	西暦      年      月      日	

①介護福祉士登録証の写し 及び ②雇用契約書の写し を添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者の就労先が決定しましたので  
報告いたします。

年      月      日

(就労施設記載欄)

(養成施設記載欄)

(受付番号) \_\_\_\_\_

受入れ機関名称  
 受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号  
 担当者職氏名

受入れ機関名称  
 受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号  
 担当者職氏名

(    ) 枚のうち (    ) 枚目

改正後

(看護師候補者・介護福祉士候補者受入れ施設記載用)

様式第7号

帰国確認報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第                     号	第                     号	第                     号
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国の確認状況			

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの上記の者が帰国いたしましたので報告いたします。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

改正前

(看護師候補者・介護福祉士候補者受入れ施設記載用)

様式第7号

帰国確認報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者番号			
外国人登録番号	第                     号	第                     号	第                     号
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国の確認状況			

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの上記の者が帰国いたしましたので報告いたします。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受付番号)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

別紙 2

医政発第 1 1 0 6 0 1 2 号

職発第 1 1 0 6 0 0 3 号

社援発第 1 1 0 6 0 0 4 号

老発第 1 1 0 6 0 0 7 号

平成 2 0 年 1 1 月 6 日

(平成21年11月24日一部改正)

(平成22年10月 7日一部改正)

(平成23年10月27日一部改正)

(平成24年 4月 6日一部改正)

都道府県知事  
政令市・中核市長  
地方厚生(支)局長  
都道府県労働局長 } 殿

厚生労働省医政局長

厚生労働省職業安定局長

厚生労働省社会・援護局長

厚生労働省老健局長

「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」等について

「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定」(以下「協定」という。)については、平成18年9月9日に署名され、同年12月6日に我が国の国会において承認が得られたところである。

また、平成20年10月8日にフィリピンの上院においても承認が得られたところであり、今後、両国政府間で交換公文が行われ、その30日後に協定が発効する予定である。

協定に基づくフィリピン人看護師・介護福祉士候補者(以下「フィリピン人候補者」という。)の受入れは、「経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国との間の協定」に基づくインドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入れとほぼ同じ枠組みとなっているが、協定には、病院又は介護施設で就労・研修を行って看護師・介護福祉士試験に合格して看護師・介護福祉士資格の

取得を目指すコース（以下「就労コース」という。）に加えて、介護福祉士養成施設で就学し介護福祉士資格の取得を目指すコース（以下「就学コース」という。）が設けられており、両コースともに、今後所要の準備を経てフィリピン人候補者の受入れが開始される場所である。

そこで、フィリピン人看護師、フィリピン人介護福祉士、フィリピン人看護師候補者及びフィリピン人介護福祉士候補者（以下「フィリピン人看護師等」という。）の受入れの仕組み及びその運営に関する基本的事項を明らかにすることにより、フィリピン人看護師等の円滑かつ適正な受入れを図ることを目的として、「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり本日付けで公布し、施行することとした場所である。については、下記につき、ご了解願いたい。

## 記

### 第一 受入れの枠組み

#### 一 受入れの趣旨

協定によるフィリピン人看護師等の受入れは、日本とフィリピンとの経済活動の連携強化の観点から、これまで我が国として外国人労働者の受入れを認めてこなかった分野について、二国間の協定に基づき、公的な枠組みで特例的に受入れを行うものであり、看護・介護分野における労働力不足への対応のために行うものではない。

また、本協定によるフィリピン人候補者の受入れは、協定で認められた期間内にフィリピン人候補者が看護師・介護福祉士の資格を取得し、引き続き我が国に滞在できるようにすることを目的としたものであり、国家資格取得前については、受入れ施設が国家資格の取得を目標とした適切な研修を実施することが重要となる。

#### 二 受入れ調整機関及び送り出し調整機関

協定に基づくフィリピン人候補者の受入れ及び送り出しを適正に実施する観点から、我が国においては社団法人国際厚生事業団（以下「事業団」という。）が唯一の受入れ調整機関として、フィリピンにおいては就労コースについてはフィリピン海外雇用庁（以下「海外雇用庁」という。）が、就学コースについては高等教育委員会がそれぞれ唯一の送り出し調整機関と位置付

けられている。

### 三 フィリピン人候補者の入国までの流れ

#### 1 就労コースについて

- (1) 事業団は、フィリピン人候補者の受入れを希望する受入れ機関を募集し、指針で定める受入れ施設の要件、研修の要件及び雇用契約の要件を満たす受入れ希望機関を選考する。
- (2) 海外雇用庁は、協定に基づき我が国での就労を希望するフィリピン人候補者を募集し、協定で定める要件を満たすフィリピン人候補者を選考する。
- (3) 事業団と海外雇用庁との間で受入れ希望機関及びフィリピン人候補者に関する情報を交換し、双方の希望を勘案して事業団がマッチングを行い、双方の同意を得た上で受入れ機関とフィリピン人候補者との間で雇用契約を締結する。
- (4) 独立行政法人国際交流基金は、(3)でマッチングし、雇用契約の締結に係る同意を得た候補者に対して3か月間の日本語研修を行う。ただし、日本語能力が十分と認められた者については、この日本語研修の履修を要しない。
- (5) 事業団のあっせんにより受入れ機関と雇用契約を締結したフィリピン人候補者のみが査証を発給され、我が国への入国が認められる。こうした手順により、事業団及び海外雇用庁は、毎年、一定の時期に受入れ希望機関及びフィリピン人候補者の募集を行い、事業団が受入れ人数の上限の範囲内でマッチングを行う。
- (6) なお、フィリピン人候補者の我が国での在留資格は「特定活動」とされており、雇用契約を締結する受入れ機関及び就労する受入れ施設を指定して在留が許可される。

#### 2 就学コースについて

- (1) 事業団は、フィリピン人介護福祉士候補者の受入れを希望する受入れ機関を募集し、指針で定める介護福祉士養成施設の要件を満たす受入れ希望機関を選考する。
- (2) 高等教育委員会は、協定に基づき我が国での就学を希望するフィリピン人介護福祉士候補者を募集し、協定で定める要件を満たすフィリピン人介護福祉士候補者を選考する。
- (3) 事業団と高等教育委員会との間で受入れ希望機関及びフィリピン人介護福祉士候補者に関する情報を交換し、事業団のあっせんにより受入れ

- 機関が選考したフィリピン人介護福祉士候補者に入学許可書を発行する。
- (4) 上記(3)により受入れ機関の入学許可書が発行されたフィリピン人介護福祉士候補者のみが査証を発給され、我が国への入国が認められる。こうした手順により、事業団及び高等教育委員会は、毎年、一定の時期に受入れ希望機関及びフィリピン人介護福祉士候補者の募集を行い、事業団が受入れ人数の上限の範囲内でマッチングを行う。
- (5) なお、就学コースにおけるフィリピン人介護福祉士候補者の我が国での在留資格は「特定活動」とされており、入学許可書を発行する受入れ機関及び就学する受入れ施設を指定して在留が許可される。

## 四 入国後の流れ

### 1 就労コースについて

- (1) フィリピン人候補者は、我が国へ入国後、協定附属書8第1部第6節1の規定に基づき、日本政府からフィリピン政府に通報された機関（以下「日本語研修機関」という。）において6か月間の日本語等研修を受講し、この日本語等研修の実施期間中に、事業団による看護・介護導入研修を併せて受講する。
- ただし、日本語能力が十分と認められた者については、6か月間の日本語研修の受講は免除され、入国後、事業団が1週間程度にわたって行う看護・介護導入研修のみを受講する。
- (2) フィリピン人候補者は、6か月間の日本語等研修（日本語研修の受講を免除された者にあつては、1週間程度の看護・介護導入研修）の修了後、雇用契約において決まっていた受入れ施設において就労しながら、看護師・介護福祉士試験の受験を目指した研修を受ける。
- (3) 協定上、フィリピン人候補者の我が国での滞在期間は看護師候補者にあつては3年間、介護福祉士候補者にあつては4年間とされており、この期間内に看護師又は介護福祉士資格を取得した場合は、在留資格の変更の手続を経て、受入れ機関及び受入れ施設を指定され、引き続き我が国で看護師・介護福祉士として滞在・就労が認められるが、在留資格は引き続き「特定活動」となる。
- (4) なお、フィリピン人看護師等が受入れ機関又は受入れ施設を変更しようとする場合には、在留資格の変更の手続を経て、新たな受入れ機関又は受入れ施設を指定する許可を受ける必要があるが、在留資格は引き続き「特定活動」となる。

### 2 就学コースについて

- (1) 我が国で就学するフィリピン人介護福祉士候補者は、我が国へ入国後、日本語研修機関において6か月間の日本語研修を受講する。  
ただし、日本語能力が十分と認められた者については、6か月間の日本語研修の受講は免除される。
- (2) フィリピン人介護福祉士候補者は、6か月間の日本語研修の修了後（日本語研修の受講を免除された者にあつては、入国後）、入学許可書を発行した受入れ機関の施設において介護福祉士の資格取得を目指して就学する。
- (3) 協定上、フィリピン人介護福祉士候補者の我が国での滞在期間は養成課程の修了のために必要な期間とされており、この課程を修了し、介護福祉士資格を取得した場合は、在留資格の変更の手続きを経て、受入れ機関及び受入れ施設を指定され、引き続き我が国で介護福祉士として滞在・就労が認められるが、在留資格は引き続き「特定活動」となる。
- (4) なお、フィリピン人介護福祉士候補者が受入れ機関又は受入れ施設を変更しようとする場合には、在留資格の変更の手続きを経て、新たな受入れ機関又は受入れ施設を指定する許可を受ける必要があるが、在留資格は引き続き「特定活動」となる。

## 五 受入れ人数の上限

協定に基づくフィリピン人候補者の受入れについては、労働市場に悪影響を及ぼさないという観点から、受入れ人数に上限を設けている。

## 六 受入れ機関とフィリピン人候補者との雇用契約

三のとおり、就労コースにおけるフィリピン人候補者は事業団のあっせんによって受入れ機関とあらかじめ雇用契約を締結した上で我が国に入国する。この雇用契約は、訪日前の3か月間及び訪日後の6か月間の日本語等研修（日本語研修免除者については訪日後の看護・介護導入研修）を修了することを停止条件とする雇用契約であり、所定の就労開始日からフィリピン人候補者の就労が開始される。また、事業団と海外雇用庁とが定める雇用契約の様式に従って雇用契約が締結される。

なお、受入れ機関とフィリピン人候補者との間で結ばれる雇用契約については、①フィリピン人看護師候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とする契約とし、②フィリピン人介護福祉士候補者にあつては期間を上記就労開始日から3年とした上で、3年の期間満了時に受入れ機関又はフィリピン人候補者のいずれかから契約を更新しない旨の申し出がない限り、1年間更新される契約とされる予定である。これは、フィリピン人看護師候補者

及びフィリピン人介護福祉士候補者の我が国における滞在期間（それぞれ3年間及び4年間）を踏まえたものである。

## 第二 国家資格取得前の受入れ施設での就労等

### 一 共通事項

#### 1 労働関係法令、社会・労働保険の適用について

指針第一の二の2に関し、日本語等研修の終了後、受入れ機関において雇用契約に基づいて就労しながら研修を行うフィリピン人候補者には、我が国の労働関係法令が適用される。また、フィリピン人候補者には、日本人と同様に社会・労働保険が適用されるものであること。

#### 2 日本語の語学研修の免除について

指針第二の一の2の(1)、第二の二の2の(1)、第二の三の2の(1)中の「1の(1)のロの活動に従事するために十分な言語能力を有すると認められる者」とは、フィリピン人候補者が、財団法人日本国際教育支援協会若しくは独立行政法人国際交流基金が実施する日本語能力試験N2（平成21年度までに実施された日本語能力試験においては、二級）以上の者であること、又は「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令の留学及び就学の在留資格に係る基準の規定に基づき日本語教育機関等を定める件」（平成2年法務省告示第145号）に基づき法務大臣が告示する日本語教育機関において9か月以上の日本語教育を受けた者であることを、厚生労働大臣により確認された者とする。ただし、受入れ機関が当該フィリピン人候補者に日本語の語学研修を受講させることを希望し、かつ、日本語研修機関が認める場合には、日本語の語学研修を受講することができる。

#### 3 複数の受入れ施設における就労について

指針第二の一及び二に関し、受入れ機関が複数の受入れ施設を設立している場合であって、フィリピン人候補者を当該複数の受入れ施設において就労させようとするときは、あらかじめ、当該受入れ機関とフィリピン人候補者が締結した雇用契約において複数の受入れ施設で就労することが明記され、かつ、フィリピン政府が日本政府に通知する口上書に当該複数の受入れ施設がすべて記載されていることが必要となる。この場合、研修の実施や雇用等の責任の所在を明確にする必要があることから、次の事項を明らかにした書類を指針第四の二の1の「受入れ機関の募集」の際に提出する。



- (1) 各受入れ施設で実施する研修計画等
- (2) 各受入れ施設における就労場所・契約期間・業務内容その他の労働条件等

なお、当該受入れ機関が設立している受入れ施設以外の施設で就労することはできない。

#### 4 受入れ施設におけるフィリピン人候補者の人数について

受入れ施設が受け入れるフィリピン人候補者の数については、当面、フィリピン人候補者のメンタルヘルスケアの観点から、原則として2名以上とし、研修の適正な実施体制を確保する等の観点から、原則として1年間に5名以内とする。

#### 5 受入れ機関の責務について

受入れ機関は、フィリピン人看護師候補者が、フィリピンの看護師資格を有し、3年以上の実務経験を有していることに考慮し、適正な労働条件や受入れ体制の確保に努める。

## 二 看護師の資格取得を目的とした就労等

### 1 看護師国家試験受験資格の認定について

フィリピン人看護師候補者の看護師国家試験受験資格認定に当たっては、「医師国家試験等の受験資格認定の取り扱い等について」（平成17年3月24日医政発第0324007号。以下「受験資格認定通知」という。）に定めるところによる。

なお、フィリピン共和国における看護師学校養成所卒業までの修業年限が合計14年であり、受験資格認定通知に規定する修業年限に1年間足りないことから、協定に基づくフィリピン人看護師候補者の受入れにおいては、日本語の語学研修及び看護導入研修並びに病院における看護師の国家資格取得を目的とした就労の合計期間が、1年程度必要となる。なお、日本語の語学研修が免除されたフィリピン人看護師候補者に対して看護師国家試験受験資格認定を行うためには、当該フィリピン人看護師候補者の看護導入研修及び病院における看護師の国家資格取得を目的とした就労の合計期間が、1年程度必要となる。

### 2 診療報酬上の配置基準の取扱いについて

指針第二の一の3の(2)に関し、フィリピン人看護師候補者は、看護師資格を取得するまでの間は、看護補助者と同等として従業員の員数を算

定する取扱いとしていることから、看護師及び准看護師の配置基準に含めることはできない。他方、看護補助者の配置基準については、フィリピン人看護師候補者については、員数に含めて算定しても差し支えない。

### 3 「看護研修計画」について

#### (1) 看護研修計画の策定について

指針第二の一の4(1)中の「看護研修計画」については、研修が効率的に行えるよう、病院の実情等に応じて、自己学習環境の整備、研修時間の確保、通信教育の利用、看護師学校養成所での聴講、地域の研修機会の活用等に配慮して策定するとともに、看護師国家試験の受験に配慮した適切な研修内容とする。

#### (2) 看護研修プログラムの策定について

受入れ施設においては、看護研修計画に基づき、より実践的な研修を実施するため、一定期間における研修・学習内容及び到達目標等を具体的に定めた「看護研修プログラム」を策定することが望ましい。

### 4 フィリピン人看護師候補者が従事する業務について

フィリピン人看護師候補者については、フィリピンの看護師の資格を有し、かつ3年間の実務経験を有している者を我が国の病院で受け入れ、当該病院で就労しながら研修を受け、最大3年間の滞在期間の間に看護師資格の取得を目指すものである。

フィリピン人看護師候補者が看護師資格を取得するまでの間は、看護業務に従事できないことは当然であるが、この受入れの趣旨にかんがみ、受入れ病院において看護師候補者が従事する業務内容についてはできる限り配慮すること。

従事する看護師候補者としての業務の内容については、具体的には受入れ病院の規模や特徴にもよるが、できる限り候補者の経験や意向も踏まえた上で、我が国での看護師資格の取得に資するような業務に従事させるとともに、当該候補者の日本語の習熟度に応じて、より単純なものから高度なものとなるよう、配慮すること。

### 5 「研修責任者」「研修支援者」について

(1) 指針第二の一の4(2)中の「研修責任者」は看護研修計画の立案、研修の統括、さらには外部機関との連絡・調整等に当たる者を、また「研修支援者」はフィリピン人看護師候補者に対する専門的な知識及び技術に関する学習の支援、日本語学習の支援、生活支援等に当たる者を

いう。

「研修支援者」は上記の支援の分野毎で複数名配置し、又は支援の分野を兼ねて配置する。また、「研修責任者」が「研修支援者」を兼ねることもできる。

- (2) また、指針第二の一の3の(3)において「看護職員の半数以上が看護師であること。」としているところであるが、この趣旨は「研修支援者」の不在時においてもフィリピン人看護師候補者に適切な支援が行われることを確保する趣旨であり、「研修支援者」の不在時に「研修支援者」に相当する看護師が支援に当たることができる場合には、この要件を満たすものとして差し支えないこと。

## 6 「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬」について

指針第二の一の5に関し、フィリピン人看護師候補者が「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受ける」かどうかは、フィリピン人看護師候補者を受け入れる病院において、当該フィリピン人と同様の職務に従事する日本人職員と比較すること。

## 三 介護福祉士の資格取得を目的とした就労等

### 1 「介護福祉士養成施設における実習施設と同等の体制」について

指針第二の二の3(1)中の「介護福祉士養成施設における実習施設と同等の体制」とは、次のいずれかと同等の体制であることをいう。

- ① 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和62年厚生省令第50号）第5条第14号イに掲げる実習指導者の要件を満たす者を研修責任者としておいている同号イに規定する介護実習施設等であって、その人員の配置について介護保険法（平成9年法律第123号）その他の関係法令に基づく基準を満たすものであること
- ② 同号ロに掲げる実習指導者の要件を満たす者（社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令（平成19年厚生労働省令第42号）第12条から第14条までに掲げる者を含む。）を研修責任者として置いている同号ロに掲げる介護実習施設等であること

### 2 配置基準の取扱いについて

#### (1) 概要

指針第二の二の3の(2)については、介護福祉士候補者が、受入れ施設において就労しながら国家試験の受験に向けた研修を受けることとされ

ていることから、受入れ施設の要件として、就労する介護福祉士候補者を除いても、法令に基づく職員等の配置の基準（以下「配置基準」という。）のうち職員の最低基準に関するものを満たすこととし、受入れ施設における適切な研修体制の確保を図ったものであること。

しかしながら、介護福祉士候補者が雇用契約に基づき就労していることを評価し、（２）に掲げる介護福祉士候補者については、（３）に掲げる報酬に係る加算等における配置基準上、当該介護福祉士候補者を職員等とみなす取扱いとすること。

（２）配置基準において職員等とみなす介護福祉士候補者について

受入れ施設で就労する介護福祉士候補者のうち次の①又は②に該当するものとする。

- ① 受入れ施設において就労を開始した日から１年を経過した者
- ② 日本語能力試験（独立行政法人国際交流基金及び財団法人日本国際教育支援協会（昭和三十二年三月一日に財団法人日本国際教育協会として設立された法人をいう。）が実施する日本語能力試験をいう。）においてN1又はN2（平成二十二年三月三十一日までに実施された審査にあつては、一級又は二級）に合格した者

（３）介護福祉士候補者を職員等とみなす配置基準について

- ① 昼間におけるユニットの配置基準（指針別表第３第１号から第６号まで）

以下のイからへまでに掲げる施設又は事業所における、昼間におけるユニットの配置基準では、「昼間については、ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

- イ 特別養護老人ホーム
- ロ 指定介護老人福祉施設
- ハ 介護老人保健施設
- ニ 指定介護療養型医療施設
- ホ 指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所
- ヘ 指定短期入所療養介護事業所及び指定介護予防短期入所療養介護事業所

② ユニットにおける職員に係る減算に関する配置基準(指針別表第3第11号)

以下のイからホまでに掲げる施設又は事業所における、ユニットにおける職員に係る減算の配置基準では、「日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

イ 指定介護老人福祉施設

ロ 介護老人保健施設

ハ 指定介護療養型医療施設

ニ 指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入所生活介護事業所

ホ 指定短期入所療養介護事業所及び指定介護予防短期入所療養介護事業所

③ 準ユニットケア加算に関する配置基準(指針別表第3第11号)

指定介護老人福祉施設における準ユニットケア加算の配置基準では、「日中については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること」と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

④ 夜勤職員配置加算、夜勤ケア加算及び夜間勤務等看護に関する配置基準(指針別表第3第7号)

(i) 以下のイ及びロに掲げる施設又は事業所における夜勤職員配置加算の配置基準、ハに掲げる事業所における夜勤ケア加算の配置基準では、「夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、法令上規定する夜勤の職員配置の最低基準に1を加えた数以上であること」と定められているが、上記の(2)の介護福祉士候補者については、最低基準を超える員数として算定する場合に限り、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

イ 指定介護老人福祉施設

ロ 指定短期入所生活介護事業所

ハ 指定認知症対応型共同生活介護事業所及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

(ii) 以下のイ及びハに掲げる施設又は事業所における夜勤職員配置加算の配置基準、ロ及びニに掲げる施設又は事業所における夜間勤務等

看護に係る加算の配置基準では、「夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が一定の数以上であること」と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

イ 介護老人保健施設

ロ 指定介護療養型医療施設

ハ 介護老人保健施設である指定短期入所療養介護事業所及び介護老人保健施設である指定介護予防短期入所療養介護事業所

ニ 療養病床を有する病院又は診療所である指定短期入所療養介護事業所及び療養病床を有する病院又は診療所である指定介護予防短期入所療養介護事業所

⑤ サービス提供体制強化加算に関する配置基準（指針別表第３第10号）

サービス提供体制強化加算の配置基準では、施設又は事業所に応じて、

(i) 「施設又は事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が一定以上であること」

(ii) 「施設又は事業所の看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が一定以上であること」

(iii) 「施設又は事業所での利用者等に直接サービス等を提供する職員の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が一定以上であること」

と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」、「常勤職員」及び「利用者等に直接サービス等を提供する職員」とみなす取扱いとすること。

⑥ 福祉専門職員配置等加算に関する配置基準（指針別表第３第８号）

以下のイからへまでに掲げる指定障害福祉サービスを行う施設又は事業所における福祉専門職員配置加算の配置基準では、（i）

「生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、介護福祉士等である従業者の割合が一定以上であること」、（ii）「生活支援員として配置されている従業者のうち、常勤で配置されている従業者の割合が一定以上であること」、（iii）「生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、３年以上従事している従業者の

割合が一定以上であること」と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「生活支援員」及び「常勤で配置されている従業者」とみなす取扱いとすること。

- イ 生活介護
- ロ 自立訓練（機能訓練）
- ハ 自立訓練（生活訓練）
- ニ 就労移行支援
- ホ 就労継続支援 A 型
- ヘ 就労継続支援 B 型

⑦ 人員配置体制加算に関する配置基準（指針別表第 3 第 9 号）

指定障害福祉サービスのうち生活介護を行う施設又は事業所における人員配置体制加算の配置基準では、「単位ごとに置くべき生活支援員等の員数の総数が一定数以上であること」と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「生活支援員」とみなす取扱いとすること。

⑧ 夜勤職員配置体制加算に関する配置基準（指針別表第 3 第 9 号）

指定障害福祉サービスのうち施設入所支援を行う施設における夜勤職員配置体制加算では、「単位ごとに置くべき生活支援員の員数が一定数以上であること」と定められているが、上記の（２）の介護福祉士候補者については、当該「介護職員」とみなす取扱いとすること。

### 3 「介護福祉士の資格を有する職員」について

指針第二の二の 3（3）については、フィリピン人介護福祉士候補者を受け入れた後に、職員の退職等により、一時的に当該受入れ施設の介護福祉士の割合が常勤の介護職員の 4 割未満になる可能性もある。こうした施設での受入れ施設の要件の適用については、一時的に 4 割を下回ることがあっても、新たな職員を募集しているといった配慮すべき事情があれば、要件を満たしているものとみなす等弾力的に対応できるものとする。

### 4 「介護研修計画」について

#### （1）介護研修計画の策定について

指針第二の二の 4（1）中の「介護研修計画」については、研修が効率的に行えるよう、介護施設の実情等に応じて、自己学習環境の整備、研修時間の確保、通信教育の利用、介護福祉士養成施設や福祉系大学で

の就学、地域の研修機会の活用等に配慮し策定するとともに、介護福祉士国家試験の受験に配慮した適切な研修内容とする。

(2) 介護研修プログラムの策定について

受入れ施設においては、介護研修計画に基づき、より実践的な研修を実施するため、一定期間における研修・学習内容及び到達目標等を具体的に定めた「介護研修プログラム」を策定することが望ましい。

5 「研修責任者」「研修支援者」について

指針第二の二の4(2)中の「研修責任者」は介護研修計画の立案、研修の統括、さらには外部機関との連絡・調整等に当たる者を、また「研修支援者」はフィリピン人介護福祉士候補者に対する専門的な知識及び技術に関する学習の支援、日本語学習の支援、生活支援等に当たる者をいう。

「研修支援者」は上記の支援の分野ごとに複数名配置し、又は支援の分野を兼ねて配置する。また、「研修責任者」が「研修支援者」を兼ねることもできる。

6 「五年以上介護業務に従事した経験があつて介護福祉士の資格を有する者」について

指針第二の二の4(3)中の「五年以上介護業務に従事した経験があつて介護福祉士の資格を有する者」には、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第5条第14号ロに掲げる実習指導者の要件を満たす者及び社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令第14条に掲げる者を含む。

7 「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬」について

指針第二の二の5に関し、フィリピン人介護福祉士候補者が「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受ける」かどうかは、フィリピン人介護福祉士候補者を受け入れる介護施設において、当該フィリピン人と同様の職務に従事する日本人介護職員と比較する。

四 介護福祉士の資格取得を目的とした就学等

1 「適切な教育の体制が整備されていること」について

指針第二の三の3(2)に関し、「適切な教育の体制」とは以下の要件を全て満たすものであること。

(1) フィリピン人介護福祉士候補者の就学を総括する責任者、日本語学習を支援する担当者及び生活面の支援を行う担当者について、候補者数に



- 応じた適当な人員を配置すること
- (2) 日本語学習の進捗状況を定期的に確認するとともに、進捗状況に応じた指導・助言等を行うこと
  - (3) 卒業時に適切な就職支援を行う体制が採られていること

## 2 介護福祉士養成施設に就学するフィリピン人介護福祉士候補者の就労について

指針第二の三に関し、介護福祉士養成施設に就学するフィリピン人介護福祉士候補者が介護施設等で就労しようとする場合には、出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号。以下「入管法」という。）で定める資格外活動の許可を受けなければならない。なお、資格外活動の許可は、入管法第十九条第二項の規定に基づき、介護福祉士の資格取得を目的とする活動の遂行を阻害しない等の相当の理由が認められるときに許可される。

- ## 3 日本語の語学研修を免除されたフィリピン人介護福祉士候補者について
- 日本語の語学研修を免除されたフィリピン人介護福祉士候補者は、受入れ施設で行われる養成課程の開始の時期に合わせて入国する。

### 第三 国家資格取得後の就労等

#### 一 共通事項

#### 1 事業団によるあっせん

- (1) フィリピン人看護師及び介護福祉士の受入れの円滑かつ適正な実施を図る観点から、就労コースにより国家資格を取得したフィリピン人看護師及び介護福祉士は、就労する施設を変更する場合には、できるだけ事業団が紹介した受入れ機関が設立する施設で就労することが望ましい。また、国家資格を取得したフィリピン人看護師及び介護福祉士を雇用することを希望する受入れ機関は、事業団による紹介を経由して、当該フィリピン人看護師及び介護福祉士を雇用することが望ましい。
- (2) 就学コースにより国家資格を取得したフィリピン人介護福祉士は、原則として、受入れ施設の支援を受けながら養成研修を修了した後の就職先を確保することとなるが、本人が希望した場合には、事業団が就職先を紹介することができる。

- #### 2 「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬」について
- 指針第三の一の3及び二の3に関し、フィリピン人看護師及び介護福祉

士が「日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受ける」かどうかは、それぞれフィリピン人看護師及び介護福祉士を受け入れる病院及び介護施設等において、当該フィリピン人看護師及び介護福祉士と同様の職務に従事する日本人看護師及び介護福祉士と比較するものであること。

## 二 フィリピン人看護師の就労

指針別表第三の五中の「その他医療等を提供する施設」とは、研究機関、看護師等養成所等の施設をいうものであること。

## 三 フィリピン人介護福祉士の就労

### 1 「利用者の居宅」について

指針第三の二の二の(1)中の「利用者の居宅」に関し、別表第二の三中の認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、に別表第四の三中の有料老人ホーム及び本通知第三の三の二の適合高齢者専用賃貸住宅におけるサービス提供については、「利用者の居宅」におけるサービス提供には該当せず、施設におけるサービス提供として取り扱うこととする。

### 2 「その他入所又は通所サービスを提供する施設」について

指針別表第四の六中の「その他入所又は通所サービスを提供する施設」とは、次の施設をいうものであること。

- (1) 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第15条第3号に基づく適合高齢者専用賃貸住宅
- (2) 「進行性筋萎縮症者療養等給付事業について」（昭和44年7月14日付け社更第127号）別紙（進行性筋萎縮症者療養等給付事業実施要綱）に基づく「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」を行っている施設（入所について委託を受けている病棟に限る。）
- (3) 「原子爆弾被爆者養護ホーム入所委託要綱及び原子爆弾被爆者養護ホームの運営に関する基準について」（昭和63年12月13日付け健医発第1414号）に基づく原子爆弾被爆者養護ホーム
- (4) 「原子爆弾被爆者養護ホームにおける原子爆弾被爆者デイサービス事業」又は「原子爆弾被爆者養護ホームにおける原子爆弾被爆者ショートステイについて」（平成5年7月15日付け健医発第766号）に基づく「原子爆弾ショートステイ事業」を行っている施設
- (5) 「地域福祉センターの設置運営について」（平成6年6月22日社援

地第74号)に基づく地域福祉センター

- (6) 「隣保館の設置及び運営について」(平成14年8月29日付け厚生労働省発社援第0829002号)別紙(隣保館設置運営要綱)に基づく隣保館(隣保館デイサービス事業を行っているものに限る。)
- (7) 法令又は国が定める通知に基づかず、地方公共団体が定める条例、実施要綱等に基づいて行われる事業であって、介護等を行っている施設(利用者の居宅において介護等を行うものを除く。)

#### 第四 「不正の行為」について

指針第二の一の三の(7)、第二の二の三の(4)、第二の三の三の(4)、第三の一の二の(2)及び第三の二の二の(2)中の「不正の行為」については、経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定の適用を受けるフィリピン人看護師等の出入国管理上の取扱いに関する指針(平成20年法務省告示第506号)が公示され、この中で同主旨の「不正行為」が規定されていることから、法務省及び厚生労働省において、円滑かつ適正な受入れを図る観点から、不正の行為に係る事実及びその認定等について協力していくものであること。

なお、フィリピン人看護師等の受入れが開始されることを踏まえ、経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるインドネシア人看護師等の受入れの実施に関する指針(平成20年厚生労働省告示第312号)第二の一の三の(7)、第二の二の三の(4)、第三の一の二の(2)及び第三の二の二の(2)に定める受入れ施設の要件として、フィリピン人看護師等に対して不正の行為をしたことがないことが追加された。

#### 第五 定期報告及び随時報告について

##### 一 定期報告及び随時報告の様式について

指針第四の二の二による定期報告及び随時報告については、受入れ機関は、様式により作成し、事業団に提出する。

なお、就労コースの研修の実施状況に係る様式のうち、様式第2-1号別紙1及び様式第2-2号別紙1については、研修責任者が記入し、様式第2-1号別紙2についてはフィリピン人看護師候補者、様式第2-2号別紙2についてはフィリピン人介護福祉士候補者が記入し、就学コースの就学状況報告書に係る様式のうち、様式第2-3号別紙2については、就学支援を総括する責任者が記入し、様式第2-3号別紙3については、フィリピン人介護福祉士候補者が記入すること。また、国家資格を取得したフィリピン人看

護師及び介護福祉士については、研修実施状況に係る様式第2号の提出は不要である。

## 二 定期報告及び随時報告の提出時期について

指針第四の二の2(1)による定期報告については、フィリピン人看護師候補者受入れ機関にあっては毎年2月20日まで、フィリピン人介護福祉士候補者受入れ機関にあっては毎年1月20日までに、1月1日現在の、受入れ施設の要件の遵守状況等について事業団に報告すること。

なお、毎年1月1日時点で日本語の語学研修を受講中で、受入れ施設における就労及び研修又は介護福祉士養成施設における就学を開始していないフィリピン人候補者に係る定期報告については、研修の実施状況に係る様式第2号及び雇用契約の要件の遵守状況に係る様式第3号の提出は不要とする。

指針第四の二の2(2)による随時報告については、イの死亡・失踪・不法就労活動の報告にあってはこれらの事実を把握した日から2週間以内に、ハの合否結果の報告にあっては試験の合否発表日から2週間以内に、ニの養成課程の修了結果の報告にあっては結果発表日から2週間以内に、ホの介護福祉士として就労する施設決定の報告にあっては決定日から2週間以内に、ヘの帰国の報告にあっては帰国日から2週間以内に、それぞれ受入れ調整機関に報告するものであること。

## 三 研修の実施状況に係る様式第2号の記載内容について

フィリピン人看護師候補者の研修の実施状況に係る様式第2-1号の作成に当たっては、看護研修計画及びその実施状況を記載することとしているが、看護研修計画に代えて看護研修プログラムの実施状況を記載しても差し支えない。

また、フィリピン人介護福祉士候補者の研修の実施状況に係る様式第2-2号の作成に当たっては、介護研修計画及びその実施状況を記載することとしているが、介護研修計画に代えて介護研修プログラムの実施状況を記載しても差し支えない。

## 第六 不法就労に当たるフィリピン人看護師等の雇入れの防止等

協定に基づき滞在するフィリピン人看護師等は、入管法等に基づき、受入れ機関、就労又は就学する施設及び当該施設における活動の内容並びに在留期間が個別に指定される。これらに違反した就労を行ったフィリピン人看護師等は、同法等に基づき、国外退去等の処分の対象となることに留意されたい。

また、病院及び介護施設においては、フィリピン人看護師等を雇い入れる場合には、当該フィリピン人看護師等の在留資格等を雇用対策法（昭和41年法律第132号）第28条に基づき確認の上、当該事項を公共職業安定所に届け出る必要がある。なお、この確認については、外国人労働者の雇用管理の改善等に関して事業主が適切に対処するための指針（平成19年厚生労働省告示第276号）第五に基づき、適切に行われる必要がある。

<別添指針 略>

### 受入れ施設の要件遵守状況の報告 (病院)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

医療保険適用病床数 \_\_\_\_\_ (内一般病床 \_\_\_\_\_ , 精神病床 \_\_\_\_\_ , 療養病床 \_\_\_\_\_ )

看護師及び准看護師一人あたりに対する入院患者数 \_\_\_\_\_ 一般病床 \_\_\_\_\_ 人 , 精神病床 \_\_\_\_\_ 人 , 療養病床 \_\_\_\_\_ 人

1日平均入院患者数 \_\_\_\_\_ 1日平均外来患者数 \_\_\_\_\_

職種別職員数 医師 \_\_\_\_\_ 看護職員 \_\_\_\_\_ (内看護師数 \_\_\_\_\_ , 准看護師数 \_\_\_\_\_ ) 臨地実習に係る実習指導者数 \_\_\_\_\_

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている看護師候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

## 看護基準等変更報告

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

①病院組織図、②看護部門概要、③看護部門方針、④看護部門業務規程、⑤看護基準、⑥看護手順に関して、

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、変更はありません。

前回報告時（報告が初回の場合は、求人登録時）から、以下のものについて変更がありましたので変更部分を添えて報告します。

変更があったもの

病院組織図

看護部門概要

看護部門方針

看護部門業務規程

看護基準

看護手順

※1 該当するものにレ点を記すこと

※2 変更があったもの全てについて、変更部分の写しを提出すること。

社団法人国際厚生事業団 殿

当病院における看護基準等について、上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_ 施設設立年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(平成20年厚生労働省告示509号別表2に掲げる施設の場合、同一敷地内において一体的に運営されている施設であって同告示別表1に掲げるものに

該当する施設名称及び施設種別 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ))

入所定員数 \_\_\_\_\_ 入所者数 \_\_\_\_\_

介護職員数 常勤 \_\_\_\_\_ 人(内介護福祉士資格取得者 \_\_\_\_\_ 人)、非常勤 \_\_\_\_\_ 人、常勤換算 \_\_\_\_\_ 人

(指定介護療養型医療施設の場合、介護保険の指定を受けた病床数 \_\_\_\_\_ )

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
就業日数	_____ 日	_____ 日	_____ 日

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目



受入れ施設の要件遵守状況の報告(介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

1学年あたりの定員数 \_\_\_\_\_ 1年あたりの卒業生数 \_\_\_\_\_ 在学者数 \_\_\_\_\_ 職員数 \_\_\_\_\_

養成課程修了に要する最短の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 就学期間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分から \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分まで

卒業時共通試験の実施の有無 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

卒業時共通試験において低得点と認められた就学者に対する措置 \_\_\_\_\_ 点以下の者に対し、 \_\_\_\_\_ を実施

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
養成課程終了予定年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

受入れ機関住所 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )枚のうち( \_\_\_\_\_ )枚目

### 受入れ施設の要件遵守状況の報告

【受入れ施設】

受入れ施設名称（施設種別） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

【受け入れている看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受入れ者の配属先及び業務内容			

社団法人国際厚生事業団 殿  
受入れ施設の要件遵守状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_（受入れ機関番号 \_\_\_\_\_）  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

（ ）枚のうち（ ）枚目

### 研修の実施状況の報告 (病院)

候補者氏名 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

#### 研修指導体制

看護師の院内教育、学生の実習指導を調整する責任者職氏名

	研修責任者	研修支援者
職氏名		
資格・経歴		

※研修責任者又は研修支援者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の看護師資格の写し及び経歴証明書を添付すること

#### 研修方法

項目	研修方法 (計画作成時の実施予定時期)	実績
国家試験科目関係	研修計画作成時における研修内容と、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	計画作成時に記入した具体的な研修・学習方法毎に、変更があった全項目について記入する。記入する内容は、研修・学習方法の変更があるものについてはその変更の内容がわかるように、また中止したものについてはその理由の記載と併せて中止したことがわかるように表示すること。以下、同様)
日本語学習関係	(記載例) ①毎日1時間程度、研修担当者とのOJTによる日本語学習(10月) ②地域の日本語ボランティア教室の活用(11月～翌3月) ③地域行事活動への参加(12月)	(記載例) ①計画どおり実施 ②日本語学校への夜間通学に変更(11月～翌3月) ③中止(本年度は日本語学校における学習を優先したため)
職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 )

研修計画の実施状況について、上記のとおりで

受入れ機関住所

あることを報告します。

代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日

担当者職氏名

### 研修の実施状況の報告(介護施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

#### 研修指導体制

	研修責任者	研修支援者
職氏名		
資格・経歴		

※研修責任者について、前回報告時から変更があった場合には、変更後の者の介護福祉士資格の写し及び①経歴証明書又は②介護福祉士養成実習施設指導者特別研修課程修了証の写しを添付すること

#### 研修方法

項目	研修方法(計画作成時の実施予定時期)	実績
国家試験科目関係(筆記)	研修計画作成時における研修内容と、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	計画作成時に記入した具体的な研修・学習方法毎に、変更があった全項目について記入する。記入する内容は、研修・学習方法の変更があるものについてはその変更の内容がわかるように、また中止したものについてはその理由の記載と併せて中止したことがわかるように表示すること。以下、同様)
国家試験科目関係(実技)		
日本語学習関係	(記載例) ①毎日1時間程度、研修担当者とのOJTによる日本語学習(10月) ②地域の日本語ボランティア教室の活用(11月～翌3月) ③地域行事活動への参加(12月)	(記載例) ①計画どおり実施 ②日本語学校への夜間通学に変更(11月～翌3月) ③中止(本年度は日本語学校における学習を優先したため)
職場への適応促進・日本の生活習慣習得関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿 受入れ機関名称 (受入れ機関番号 )

研修計画の実施状況について、上記のとおりで 受入れ機関住所

あることを報告します。 代表者職氏名

連絡先電話番号

年 月 日 担当者職氏名

### 研修評価表(研修責任者記載)

研修責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)		( )	( )	( )
候補者番号				
就労開始年月日(研修年次)		年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)	年 月 日(研修 年目)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない  → なった→
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→
	日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない  → 進んでいる→
	自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない  → 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない  → 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない  → 働いている→
	メンタルヘルスの問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない  → できている→	1 2 3 4 5 ←できていない  → できている→	1 2 3 4 5 ←できていない  → できている→
	合計点			
自由記載欄				

## 研修評価表(候補者記載)

候補者氏名(日本語)

候補者氏名(アルファベット)

候補者番号

就労開始年月日(研修年次)		年 月 日(研修 年目)					(自由記載欄)
項目	患者・利用者とのコミュニケーションがとれるようになったか	1	2	3	4	5	
		←なっていない		なった→			
	職員間のコミュニケーションがとれるようになったか	1	2	3	4	5	
		←なっていない		なった→			
	自己学習計画に沿って、学習が進んでいるか	1	2	3	4	5	
		←進んでいない		進んでいる→			
	日本語の習得が進んでいるか	1	2	3	4	5	
	←進んでいない		進んでいる→				
自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1	2	3	4	5		
	←働いていない		働いている→				
メンタルヘルスの問題への対応ができていますか	1	2	3	4	5		
	←できていない		できている→				
合計点							

### 就学状況報告書 (介護福祉士養成施設)

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就学開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出席率			
受講済/ 取得予定科目数	/	/	/
総合評価	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )	( )段階評価のうち( )

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_)  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

( )枚のうち( )枚目

候補者の就学状況報告(養成施設)

候補者氏名 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設名称 \_\_\_\_\_  
 受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

体制

	就学を総括する責任者	日本語学習支援担当者	生活支援担当者
職氏名			

就学の状況

項目	方法	実績
養成課程関係		左記の具体的な方法毎に実績を記入する。 候補者が受講する養成課程カリキュラムを添付し、その進捗状況や理解度を確認する試験の実施状況について記載すること。
日本語学習関係	年度当初における学習・支援等の内容と、その具体的実施時期を全項目について記入すること。以下、同様。	実際に行った日本語学習の支援の内容、時期、回数及び日本語学習の進捗状況の確認時期等について記載すること。
生活支援関係		
その他		

社団法人国際厚生事業団 殿  
 候補者の就学状況について上記のとおりであることを報告します。

受入れ機関名称  
 (受入れ機関番号 )

受入れ機関住所  
 代表者職氏名  
 連絡先電話番号

年 月 日 担当者職氏名



### 就学状況評価表(就学を総括する責任者記載)

就学を総括する責任者職氏名 \_\_\_\_\_

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
候補者番号			
就学開始年月日(就学年次)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)	年 月 日(就学 年目)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→
自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができていますか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	1 2 3 4 5 ←できていない できている→
合計点			
自由記載欄			

## 就学状況評価表(候補者記載)

候補者氏名(日本語)

候補者氏名(アルファベット)

候補者番号

就学開始年月日(研修年次)	年 月 日(就学 年日)	(自由記載欄)
教職員とのコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
学生間のコミュニケーションがとれるようになったか	1 2 3 4 5 ←なっていない なった→	
養成課程カリキュラムに沿って、学習が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
日本語の習得が進んでいるか	1 2 3 4 5 ←進んでいない 進んでいる→	
自己学習計画を支援する施設側の機能が働いているか	1 2 3 4 5 ←働いていない 働いている→	
生活面、メンタルヘルス面の問題への対応ができているか	1 2 3 4 5 ←できていない できている→	
合計点		

**雇用契約の要件(同等報酬要件) 遵守状況の報告**

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	( )	( )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 号	第 号	第 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
基本給月額			
過去1年の月平均支払総額 (諸手当・超過勤務手当等 を含む。但し賞与を除く)			
過去1年に支払った賞与額			

※同等報酬を確認できる書類を添付のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

雇用契約の要件(同等報酬要件)遵守状況について

上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士  
に対する同等報酬について

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士 \_\_\_\_\_  
(候補者番号 \_\_\_\_\_) に対する報酬は、

当施設において \_\_\_\_\_ の業務に従事する、経験年数 \_\_\_\_\_ 年目  
の者 ( \_\_\_\_\_ 資格保有) と同等とし、当施設の賃金規定第 \_\_\_\_\_ 条に基  
づき、

\_\_\_\_\_ 円 (基本給 \_\_\_\_\_ 円、諸手当 \_\_\_\_\_ 円)

としています。

※不要な字は抹消して使用のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士に対する報酬について、  
上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_)

受入れ機関住所 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 \_\_\_\_\_

(受入れ施設記載用)

様式第4-1号

### 死亡報告書

**【受入れ施設】**

受入れ施設名称 (施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

**【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】**

氏名 (アルファベット氏名)	( )	死亡の状況等 死亡日 _____ 年 月 日 死亡原因・経緯 _____ _____ _____ _____
国籍		
性別	男 女	
生年月日	西暦 年 月 日	
候補者番号		
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者が死亡したため報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

(受入れ施設記載用)

様式第4-2号

### 失踪報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 (施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	失踪の状況等 失踪発覚日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 発覚の契機及び失踪状況等 _____ _____ _____ _____ 地方入国管理局通報先 通報日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		
性別	男 女	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
候補者番号		
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労(就学)開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者が失踪したため報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

(受入れ施設記載用)

様式第4-3号

### 不法就労活動報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 (施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	不法就労活動が行われていると思料された日 _____ 年 月 日
国籍		不法就労活動の内容及び発覚の契機 _____ _____
性別	男 女	_____ _____
生年月日	西暦 年 月 日	_____ _____
候補者番号		_____
外国人登録番号	第 _____ 号	地方入国管理局通報先 通報日 _____ 年 月 日
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者が、入管法第十九条第一項の規定に違反していると思料いたしますので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

### 雇用契約終了報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( )

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( )

【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	( )	雇用契約を終了させる日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
国籍		雇用契約終了の理由 _____
性別	男 女	_____
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____
候補者番号		_____
外国人登録番号	第 _____ 号	雇用契約終了後の看護師等の状況 帰国・転職・その他 _____
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(転職の場合には転職先の名称・住所) _____

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者との雇用契約を終了させますので  
報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 \_\_\_\_\_ (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )  
受入れ機関住所 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者職氏名 \_\_\_\_\_

( ) 枚のうち ( ) 枚目



### 履修許可取消し報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	履修の許可を取消す日 _____ 年 _____ 月 _____ 日  履修の許可を取消す理由 _____ _____ _____ _____
国籍		
性別	男 _____ 女 _____	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
候補者番号		
外国人登録番号	第 _____ 号	履修許可取消し後の候補者の状況
就労開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者の介護福祉士養成課程履修の許可を  
取消しますので報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

### 看護師国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設住所 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている看護師候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )

※ 合格の場合、看護師国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が看護師国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_)

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

### 介護福祉士国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名(連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
受験地			
受験番号(合否)	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )	( 合 ・ 否 )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

※ 合格の場合、介護福祉士国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_)

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( ) 枚のうち ( ) 枚目

### 介護福祉士養成課程修了結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名 (連絡先電話番号) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
修了年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
卒業時共通試験得点 (試験実施後の措置)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
介護福祉士登録番号 (登録年月日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)	(西暦 年 月 日)

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士養成課程を  
修了したので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

### 就労施設報告書

【受入れ施設（養成施設記載欄）

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れている介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	就労施設名称 _____ 就労施設住所 _____ 代表者職氏名 _____ 連絡先電話番号 _____ 担当者職氏名 _____
国籍	_____	
性別	男 女	
生年月日	西暦 年 月 日	
候補者番号	_____	
外国人登録番号	第 _____ 号	
就労開始予定年月日	西暦 年 月 日	

①介護福祉士登録証の写し 及び ②雇用契約書の写し を添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者の就労先が決定しましたので  
報告いたします。

年 月 日

(就労施設記載欄)

受入れ機関名称  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名

(養成施設記載欄)

受入れ機関名称  
受入れ機関住所  
代表者職氏名  
連絡先電話番号  
担当者職氏名  
(受入れ機関番号 \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目

### 帰国確認報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 \_\_\_\_\_

受入れ施設代表者職氏名 \_\_\_\_\_

担当者職氏名（連絡先電話番号） \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

【受け入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者】

氏名 (アルファベット氏名)	( _____ )	( _____ )	( _____ )
国籍			
性別	男 女	男 女	男 女
生年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
候補者番号			
外国人登録番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
就労(就学)開始年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
出国の確認状況			

社団法人国際厚生事業団 殿  
当機関受入れの上記の者が帰国いたしましたので報告いたします。  
年 月 日

受入れ機関名称 (受入れ機関番号 \_\_\_\_\_)

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

( \_\_\_\_\_ ) 枚のうち ( \_\_\_\_\_ ) 枚目