

教育訓練給付金(専門実践教育訓練)講座指定申請 様式集

- 1 この様式集の各調査票は、「新規指定」・「再指定」・「変更」の各申請手続に共通して使います。必要に応じて、複写して使用してください。
- 2 各調査票への記入に当たっては、別冊の「**教育訓練給付制度(専門実践教育訓練)の講座指定を希望される方へ**」(教育訓練施設向けパンフレット。以下「**別冊パンフレット**」と言います。)を必ずお読みください。また、別冊の「**記入例**」を参照してください。
- 3 提出前に「提出書類チェック表」でチェックし、提出書類に不足がないようにしてください。
- 4 作成した書類は、添付書類とともに**ファイルに綴じ**、郵便等(**発送の事実が証明できる方法**)により提出してください。

専門実践教育訓練実施状況調査票(総括票)

厚生労働大臣 殿

下記の教育訓練について、専門実践教育訓練給付金の対象講座として、雇用保険法第60条の2第1項に規定する教育訓練として(**新規指定** ・ 現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行 ・ 再指定 ・ 指定の変更) を希望します。

つきましては、以下の記入について誤りがないことを確認するとともに、本票を含め、申請書類に虚偽の記入があった場合には、指定を取り消される場合があることを了承します。なお、今般提出する書面は、教育訓練実施者においても誤りのないことを確認しているものです。下記の教育訓練が指定を受けた際には、「雇用保険法第60条の2第1項に規定する厚生労働大臣が指定する教育訓練の指定基準」を遵守するとともに、当該基準に違反した場合は、指定を取り消される場合があることを了承します。

【現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行を希望される方】

なお、現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練へ移行することとなった際には、現在指定されている教育訓練の講座は指定有効期間の有無に関わらず、自動的に廃止されることに了承します。また、専門実践教育訓練の基準を満たさなかった場合には、一般教育訓練としての指定を希望(**します・しません**)。

平成 年 月 日

施設の名称 ○○専門学校

施設長(施設責任者)の氏名 訓練 一

○○
専門学校
の印

1. 申請者(教育訓練施設)

①施設番号 (5桁) ※1	一般教育訓練	13000	②施設の種類のみのチェック	<input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 各種学校 <input type="checkbox"/> 大学・大学院		
	専門実践教育訓練			(ふりがな) ○○せんもんがっこう		
③管轄公共職業安定所番号(左4桁) ※2	④施設の名称 ※3		○○専門学校			
			<input type="checkbox"/> 変更あり			
⑤所在地 ※3	〒(100 -0000)		Tel. 03 - 3502 - ××××			
	東京 千代田区霞が関 △-△-△ <input type="checkbox"/> 変更あり					
⑥従業員数	15 人	⑦ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり (http://www.mxxxx.co.jp)		<input type="checkbox"/> なし	
⑧主たる教育訓練内容	福祉系国家資格所得のための養成課程					
⑨講座指定状況等	既指定講座数	7 講座	うち一般教育訓練講座	6 講座	うち専門実践教育訓練講座	1 講座
	一般教育訓練		新規指定希望	2 講座	再指定希望	1 講座
			変更希望	1 講座	廃止候補	0 講座
	専門実践教育訓練		新規指定希望	1 講座	一般教育訓練から移行	1 講座
変更希望			0 講座	再指定希望	0 講座	

2. 教育訓練実施者

①名称 ※3	(ふりがな) がっこうほうじん△△△△	②代表者 役職・氏名	理事長 教育 太郎
	学校法人△△△△ <input type="checkbox"/> 変更あり		
③所在地 ※3	〒(100 -0000)	※教育訓練事業の開始年月日から調査票提出日までに、 1営業年度以上の事業実績を有さなければ不指定になります。	
	東京 千代田区霞が関 <input type="checkbox"/> 変更あり		
④法人番号 (13桁)	1234567890123	⑤教育訓練実施者の教育訓練事業の開始年月日 昭和・平成 △年 10 月 20 日	

作成担当者 所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	Tel. 03 - 3502 - ××××
	氏名: 教育 花子	Fax. 03 - 3502 - ××××
	所属(部署・役職): 教育部教務事務課	e-mail. h-kyouiku@×××co.jp

※1 「施設番号」は、現在指定講座を有する施設の場合、指定通知書等で確認して記入してください。過去に指定講座を有していた場合も、その時の施設番号を記入してください。

※2 施設所在地を管轄する公共職業安定所に確認の上、記載して下さい。

※3 現在、施設番号を有する施設が、施設・教育訓練実施者の名称・所在地等について、現在の登録内容から変更する場合、「変更あり」にチェックをした上で、変更後の内容を記入し、変更ファイルにて別途変更手続きを行ってください。

※4 ※3における変更の有無に関わらず、全ての項目を記入してください。

※5 電話番号欄には、フリーダイヤル・携帯電話以外の電話番号を記載してください。

施設名

※この様式は3講座までの情報をご記載ください。3講座以上申請する場合は、3講座までの講座情報を1葉とし、本様式を2葉以上必要枚数
記載して申請ください。 専門様式第1号

3. 新規・移行指定希望講座

仮番号	①講座の名称 (40文字以内) ※1	②教育訓練の内容(60文字以内)	③分野・資格コード ※2		④実施方法 ※3	⑤訓練期間	⑥開講月 (講座開始月)	⑦総訓練 時間 (通学のみ)	⑧教育訓練経費(円/税込)			⑨支払方法
			コードI	コードII					入学科	受講料	合計※4	
1001	介護福祉・保育学科	介護福祉士・保育士資格 取得のための教育課程	282	56100000	1 1:昼間(平日) 2:夜間(平日) 3:土日	24月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	2190時間	100,000	1,240,000	1,340,000	1:一括または 分割との併用 2:分割のみ
	<input type="checkbox"/> 変更あり		<input type="checkbox"/> 変更あり	2 通信	<input type="checkbox"/> 変更あり							
	指定講座番号※1: _ _	<input type="checkbox"/> 変更あり										
1002	<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更あり			1 1:昼間(平日) 2:夜間(平日) 3:土日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12					⑧に記載する経費は、様式3号に記載するもの と必ず一致します。
	<input type="checkbox"/> 変更あり		<input type="checkbox"/> 変更あり	2 通信	<input type="checkbox"/> 変更あり							
	指定講座番号※1: _ _	<input type="checkbox"/> 変更あり										
1003	<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更あり			1 1:昼間(平日) 2:夜間(平日) 3:土日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	時間				1:一括または 分割との併用 2:分割のみ
	<input type="checkbox"/> 変更あり		<input type="checkbox"/> 変更あり	2 通信	<input type="checkbox"/> 変更あり							
	指定講座番号※1: _ _	<input type="checkbox"/> 変更あり										

※1 「講座の名称」は、可能な限り学則等で定められた名称とし、施設内で重複しないものを記入してください。現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行を希望する場合は、現在指定されている教育訓練の指定講座番号を記載し、講座の名称は同一でも構いませんが、昼間・夜間の設定のあるコースを1講座で指定を受けていた場合には、講座を分割し、それぞれ昼間・夜間の別が分かる名称を記入してください。

※2 「分野・資格コード」は、別冊「記入例」の巻末の「分野・資格コード表」から該当する番号を選んで記入してください。なお、目標資格が複数ある場合には、「主として取得を目標とする資格」を定めた上で、「分野・資格コード表」から該当する番号を選んで記載してください。

※3 昼間・夜間のいずれかに必ず○をしてください。土日は昼間・夜間を問わず該当する場合に○を付けてください。

実施区分の変更(例えば「1通学」から「2通信」への変更)はあらかじめ新規申請の手続きが必要です。

「1通学」内の区分を変更する場合(例えば平日(昼間)から平日(夜間)・土日はあらかじめ新規申請の手続きが必要です(「2通信」内の区分を変更する場合は変更届による変更が可能です。))

※4 専門様式3号(1/2)の1受講費用合計欄の金額と一致しているか確認してください。

※5 欄が不足する場合は、本票をコピーして使用してください。その際仮番号は、適宜修正してください。

専門様式第1号

6. 行政機関等からの処分・是正措置等及び民事再生法に基づく再生手続開始等

教育訓練実施者が、過去5年間に、①教育訓練給付に関する講座指定取消し・事実確認調査等を受けたり、②その他、国・地方公共団体・独立行政法人から処分・是正措置等を受けたことがある場合、若しくは③民事再生法に基づく再生手続開始、会社更生法に基づく更生手続開始、金融機関との取引停止がなされる原因となる不渡り手形の発生等があり、現在までに終結していない又は今後見込まれる場合は、その内容を記入してください。

(1) ・(①、②)過去5年間に行政機関等から処分等を受けたこと ・(③)民事再生計画等の最中又は予定	■ある (以下に内容を記入) □ない
(2)処分、計画等の内容	介護技術講習会講座(講座番号13000-061021-1)の受講修了者に、教育訓練給付の不正受給の疑いが発生し、厚生労働省から調査を受けた(〇年〇月)
(3)上記の処分・計画等に対する措置及び現在の状況	調査の結果、不正受給でないことが判明したが、不正受給防止のため、〇年〇月以降、〇〇の措置をとることとした。
(4)上記の処分等が行われた当時の役員名(すべて)※③は記載不要	〇〇 〇〇、×× ××、△△ △△

7. 教育訓練給付制度以外の公的制度の適用状況

教育訓練給付制度以外に、教育訓練実施者が、過去1年間①国、地方公共団体又は独立行政法人が行う助成金・補助金等の公的制度や、②国又は地方公共団体が行う公共職業訓練の委託を受けている場合、適用を受けている制度の内容を記入してください。

(1)国等から助成金・補助金等又は公共職業訓練の委託を受けて	■いる (以下に内容を記入) □いない
(2)制度の名称、内容	① 〇〇県の雇用対策助成金を受けている。
	② 東京都から公共職業訓練(介護職員初任者研修)の委託を受けている。
	③

※「教育訓練施設向けパンフレット」に記載されている指定基準を熟読の上、該当するものにチェックをしてください。

8. 確認事項 ※ 該当する方にチェックをしてください。

(1)教育訓練実施者の役員等(名称を問わず、これと同等以上の職権又は支配力を有する者を含む。)の中に、他の団体等の役員等として、過去5年以内に教育訓練給付の講座指定取消を受けたことがある者がいる。	□いる ■いない
(2)受講者に対し、受給資格者証の交付確認、受講・修了証明書、領収書等の適正な発行、支給申請書等の交付等、専門実践教育訓練に係る事務等の適正な実施に関し協力を行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(3)厚生労働省が行う調査、報告又は文書の提出の求めに応じるとともに、厚生労働省の助言及び指導を受け入れ、必要とされる対応を行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(4)指定講座の受講費用額を証明する書類の発行に当たっては、入学料及び受講料から割引、還元した額を控除した後の金額を記載している(又はする予定である)。	■はい □いいえ
(5)教育訓練実施者は、当該教育訓練の販売、募集、勧誘等の管理について全責任を有する。販売代理店等(名称及び契約関係の如何を問わず、当該教育訓練を販売する者のすべて。)が行う販売活動についても一切の責任を負う。	■はい □いいえ

9. 適正な実施の管理

教育訓練施設長(施設責任者)所属・氏名	(ふりがな) くんれん はじめ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 訓練 一	
	所属: 〇〇専門学校・学校長	
苦情受付者所属・氏名	(ふりがな) 〇〇 ××	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤) ■指導者との兼務なし
	氏名: 〇〇 ××	
	所属: 総務部 総務課	
事務担当者所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 教育 花子	
	所属: 教育部 教務事務課	

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

1. 教育訓練の概要

(1)訓練期間	24 月	(2)総訓練時間 <small>[通学制のみ]</small>	2190 時間
(3)入学定員	24 人	(4)添削回数 <small>[通信制のみ]</small>	回
(5)講座の創設開講年月日	S・H〇9年 4 月 1 日		
(6)修了者数 ※1	24 人	(対象期間: H28年4月15日 ~ H29年4月16日) ※1	

※1 新規指定希望講座は調査票提出前日から過去1年間の実績を記入してください。再指定希望講座は前回指定時から調査票提出前日までの実績を記入して下さい。変更希望講座は記入不要です。

2. 教育訓練の目標

(1)取得目標とする資格等の名称、レベル ※2	<input checked="" type="checkbox"/> 業務独占資格・名称独占資格 <input type="checkbox"/> 職業実践専門課程修了※3 <input type="checkbox"/> 専門職学位 <input type="checkbox"/> 職業実践 <input type="checkbox"/> 情報通信 <input type="checkbox"/> 第四次産業革命スキル習得講座	資格名	介護福祉士
	<input type="checkbox"/> 職業実践 <input type="checkbox"/> 情報通信 <input type="checkbox"/> 第四次産業革命スキル習得講座	分野	
		学位名	
	※目標資格が複数ある場合、主として目標とする資格以外の資格については、上記以外の資格等欄に記載してください。		
	【職業実践力育成プログラム記載欄】(職業実践力育成プログラムは以下の1~3について要記載。) 課程の種類 <input type="checkbox"/> 正規課程 <input type="checkbox"/> 特別の課程 1. 対象とする職業の種類 () 2. 対象とする特別の労働者層 () 3. 身につけることのできる能力		
	【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】(第四次産業革命スキル習得講座は以下の1・2について要記載。) 1. 当該教育訓練を通じて習得する知識・技術の概要 2. 当該知識、技術が如何なる業種・職種において、どのように活用可能か		
(2)当該資格・試験の実施機関名称	厚生労働省		
(3)資格取得等のための要件又は受験資格	本学に2年間以上在籍し、卒業単位(88単位以上)を修得したことにより卒業が認定されること、かつ社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第39条及び第44条の規定に基づき、厚生労働大臣が省令で定める科目及び単位を修得すること。		
(4)当該技能・知識の習得が必須又は有利となる職種・職務及び習得された技能・知識が活用されている業界と活用状況 ※4	介護福祉士、ケアワーカー、在宅介護支援センター職員、ホームヘルパー等。老人福祉施設・介護老人保険施設・在宅福祉サービス・身体障害者福祉施設等で、ケアワーカー、相談員、指導員として活用される。		

1. 対象とする職業の種類
2. 対象とする特別の労働者層のいずれかを記載

※2 目標資格が複数ある場合は、「主として取得を目標とする資格」以外の資格は、「教育訓練を通じて取得を目指す上記以外の資格等」欄にご記入ください。

※3 文部科学省や経済産業省に申請した際の区分を一つ記載して下さい。

※4 第四次産業革命スキル習得講座については、(1)【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】で具体を記載するため、(4)の当該欄では記載不要です。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

3. 受講者の要件等

(1) 受講にあたって必要な実務経験	なし	※学則や募集要項等で定めている入学資格等を記入してください。
(2) 受講に最低限有しておくべき技能・知識の内容及び水準	高等学校卒業程度	

4. 教育訓練の内容(カリキュラム)

別紙カリキュラムのとおり	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	0 時間

※学則等で規定されたカリキュラム表を添付することにより、記載を省略しても構いませんが、訓練時間の総合計欄は必ず記載することとし、添付するカリキュラム表の合計欄とも時間数が一致するよう記載してください。

※受講・修了認定基準の根拠となる学則等について、該当条項を記載するとともに、該当部分の写しを添付資料としてご提出ください。

5. 受講効果の把握方法

(1) 受講認定基準 (6ヶ月ごとの出席率・定期試験、進級試験等の具体的な基準)	各科目の出席率が〇%以上、前期・後期(6ヵ月ごと)の定期試験において〇%以上の得点の者に対して進級を認定する(本校学則〇条〇項)
(2) 受講認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。
(3) 修了認定基準 (出席率・修了認定試験等の具体的な基準)	年間の出席率が〇%以上、公開模擬試験において〇%以上の得点の者に対して修了を認定する。(本校学則〇条〇項)
(4) 修了認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。

6. 教育訓練目標達成に向けた支援等のための具体的な措置等

(1) 受講者に対する習得度・理解度についての具体的な助言・指導方法	質問票を随時受け付け、希望に応じて個別指導を行っている。
(2) 受講中・修了時における資格取得・就職へのバックアップ体制	<ul style="list-style-type: none"> ・受験情報・資格関連の求人情報を月一回配布している。 ・就職支援センターにキャリアコンサルタントを配置し、随時相談を受け付けている。 ・就職ガイダンスの実施。
(3) スクーリングの実施状況 <small>[通信制のみ]</small>	実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意) / <input type="checkbox"/> 無 スクーリング実施場所・時期・期間・回数、実施条件等
(4) 受講者の本人確認方法	受講申込み時 公的な身分証明書(運転免許証等)の提示を求めている。 受講日(通信の場合は受講期間中) 顔写真入りの受講証を毎回確認している。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	移行前指定講座番号 [専門実践教育訓練への移行希望のみ]	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

7. 資格取得・就職等状況

入講(入学)者に係る「受験率80%以上」が必要です。

① 修了者数 ※1		24 人		
② 入講(入学)者数		25 人		
③ 目標資格の受験者数	業務独占資格・名称 独占資格の養成課程 及び 法科大学院のみ記載	24 人	受験率(③/②)※2	96.0 %
④ 合格者数		20 人	合格率(④/③)※2	83.3 %
⑤ 就職者数 ※3		18 人		
⑥ 在職者数 ※4		2 人	就職・在職率((⑤+⑥)/②)	80.0 %
⑦ 上記⑤・⑥の把握方法			※2	
⑧ 定員充足率(最新の入学者数/入学定員)	専門職 学位課 程のみ		%	
⑨ 機関別評価結果		<input type="checkbox"/> 適合している <input type="checkbox"/> 適合していない(保留含) <input type="checkbox"/> 未受審		
⑩ 専門職大学院評価結果		<input type="checkbox"/> 適合している <input type="checkbox"/> 適合していない(保留含) <input type="checkbox"/> 未受審		

上記「7. 資格取得・就職等状況」について、
取得目標とする資格等別にそれぞれ以下の記入項目を参考のうえ記載をしてください。

○業務独占資格・名称独占資格の取得を

訓練目標とする養成課程 記入項目

- 前年度の修了者数
- ①に係る講座の入講(入学)者数
- ①のうち目標資格の受験者数
- ③のうち合格者数
- ①のうち就職者数
- ①のうち在職者数
- 上記⑤、⑥の把握方法

○専門職学位課程 記入項目

- 最新の修了者数
- ①に係る講座の入講(入学)者数
- ①のうち目標資格の受験者数【法科大学院のみ】
- ③のうち合格者数【法科大学院のみ】
- ①のうち就職者数【法科大学院は不要】
- ①のうち在職者数【法科大学院は不要】

○職業実践専門課程 記入項目

- 最新の修了者数
- ①に係る講座の入講(入学)者数
- ①のうち就職者数
- ①のうち在職者数
- 上記⑤、⑥の把握方法

※以下の基準に満たない場合、指定基準を満たしません。

- ・受験率が80%以上。
- ・合格率が目標資格全体の平均合格率以上。
- ・就職・在職率が80%以上

- ①のうち在職者数
- 上記⑤、⑥の把握方法
- 定員充足率(最新の入学者数/入学定員)【正規課程のみ】

○一定レベル以上の情報通信技術に関する資格取得を目標とする課程 記入項目

- 前年度の修了者数
- ①に係る講座の入講(入学)者数
- ①のうち目標資格の受験者数
- ③のうち合格者数
- ①のうち就職者数
- ①のうち在職者数
- 上記⑤、⑥の把握方法

- ※1 修了者数については、入講(入学)年度の異なる修了者(留年者・休学者・退学者・長期履修制度を利用した者等)を除いた人数を記載してください。
- ※2 (1) 受験率80%以上 (2) 目標資格の資格試験の受験者全体の平均合格率以上 (3) 就職・在職率80%以上
上記(1)～(3)のうち、1つでも基準に満たない項目がある場合は、指定されません。
- ※3 講座の修了者に係る入講(入学)者のうち、受講開始時に職に就いていなかった者で指定申請日までに就職した者の数を記入してください。この場合、就職したとは、臨時的な仕事に就職した者は含めません。
- ※4 講座の修了者に係る入講(入学)者のうち、受講開始時に既に職に就いていた者で、卒業後も引き続きその職にある者および受講開始時に既に職に就いている者で、指定申請日までに別の職に転職した者の数を記入してください。
- ※5 人数欄は、0人の場合でも空欄とせず、「0」と記入してください。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	○△スクール		
講座の名称	システム開発コース	専門様式第1号の仮番号	1001

7. 資格取得・就職等状況

前年度に複数の講座として開講していた場合には、新規指定を希望する講座に組み込まれている全ての講座の実績を記載して欄が足りない場合には行を追加して使用して下さい。その際、足し上げの計算式が壊れていないことを確認して下さい。

新規指定を希望する講座に組み込まれている全ての講座の実績を記載して下さい。 ※5

	① 最新の修了者数 ※1	② ①に係る講座の 入講(入学)者数 ※2	③ ①のうち就職者数 ※3	④ ①のうち在職者数 ※4	就職・在職率 ((③+④)/②)
1	6人	7人	1人	5人	85.7%
2	3人	3人	1人	2人	100.0%
3					
4					
5					
6					
合計	9	10	2	7	90.0%

上記の講座の前年度に開講した際の講座名称及び上記③④の把握方法を記載して下さい。

1の名称	システム開発A
③④の把握方法	
2の名称	プログラムA
③④の把握方法	
3の名称	
③④の把握方法	
4の名称	
③④の把握方法	
5の名称	
③④の把握方法	
6の名称	
③④の把握方法	

- ※1 ①修了者数については、入講(入学)年度の異なる修了者(留年者・休学者・退学者・長期履修制度を利用した者等)を除いた人数を記載して下さい。
- ※2 入講(入学)者数に占める就職・在職者数の割合(就職・在職率)が80%以上に満たない場合は、指定されません。
- ※3 ①最新の修了者のうち、受講開始時に職に就いていなかった者で指定申請日までに就職した者の数を記入して下さい。この場合、就職したとは、臨時的な仕事に就職した者は含めません。
- ※4 ①最新の修了者のうち、受講開始時に既に職に就いていた者で、卒業後も引き続きその職にある者および受講開始時に既に職に就いている者で、指定申請日までに別の職に転職した者の数を記入して下さい。
- ※5 人数欄は、0人の場合でも空欄とせず、「0」と記入して下さい。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 [再指定・変更希望講座のみ]	
		移行前指定講座番号 [専門実践教育訓練への移行希望のみ]	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

1. 教育訓練の概要

(1)訓練期間	24 月	(2)総訓練時間 [通学制のみ]	2190 時間
(3)入学定員	24 人	(4)添削回数 [通信制のみ]	回
(5)講座の創設開講年月日	S・H19年 4 月 1 日		
(6)修了者数 ※1	24 人	(対象期間:H28年4月15日 ~ H29年4月16日) ※1	

※1 新規指定希望講座は調査票提出前日から過去1年間の実績を記入してください。再指定希望講座は前回指定時から調査票提出前日までの実績を記入して下さい。変更希望講座は記入不要です。

2. 教育訓練の目標

(1)取得目標とする資格等の名称、レベル ※2	<input checked="" type="checkbox"/> 業務独占資格・名称独占資格 <input type="checkbox"/> 職業実践専門課程修了※3 <input type="checkbox"/> 専門職学位 <input type="checkbox"/> 職業実践力 <input type="checkbox"/> 情報通信 <input type="checkbox"/> 第四次産業革命 教育訓練を通じて	資格名 分野 学位名	介護福祉士
	※目標資格が複数ある場合、主として目標とする資格以外の資格については、上記以外の資格等欄に記載してください。		
1. 対象とする職業の種類 2. 対象とする特別の労働者層のいずれかを記載	【職業実践力育成プログラム記載欄】(職業実践力育成プログラムは以下の1~3について要記載。) 課程の種類 <input type="checkbox"/> 正規課程 <input type="checkbox"/> 特別の課程 1. 対象とする職業の種類 () 2. 対象とする特別の労働者層 () 3. 身につけることのできる能力		
	【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】(第四次産業革命スキル習得講座は以下の1・2について要記載。) 1. 当該教育訓練を通じて習得する知識・技術の概要 2. 当該知識、技術が如何なる業種・職種において、どのように活用可能か		
(2)当該資格・試験の実施機関名称	厚生労働省		
(3)資格取得等のための要件又は受験資格	本学に2年間以上在籍し、卒業単位(88単位以上)を修得したことにより卒業が認定されること、かつ社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第39条及び第44条の規定に基づき、厚生労働大臣が省令で定める科目及び単位を修得すること。		
(4)当該技能・知識の習得が必須又は有利となる職種・職務及び習得された技能・知識が活用されている業界と活用状況 ※4	介護福祉士、ケアワーカー、在宅介護支援センター職員、ホームヘルパー等。老人福祉施設・介護老人保険施設・在宅福祉サービス・身体障害者福祉施設等で、ケアワーカー、相談員、指導員として活用される。		

※2 目標資格が複数ある場合は、「主として取得を目標とする資格」以外の資格は、「教育訓練を通じて取得を目指す上記以外の資格等」欄にご記入ください。

※3 文部科学省や経済産業省に申請した際の区分を一つ記載して下さい。

※4 第四次産業革命スキル習得講座については、(1)【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】で具体を記載するため、(4)の当該欄では記載不要です。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

3. 受講者の要件等

(1) 受講にあたって必要な実務経験	なし	※学則や募集要項等で定めている入学資格等を記入してください。
(2) 受講に最低限有しておくべき技能・知識の内容及び水準	高等学校卒業程度	

4. 教育訓練の内容(カリキュラム)

別紙カリキュラムのとおり	※学則等で規定されたカリキュラム表を添付することにより、記載を省略しても構いませんが、訓練時間の総合計欄は必ず記載することとし、添付するカリキュラム表の合計欄とも時間数が一致するよう記載してください。	時間
		時間
		時間
		時間
		時間
		時間
		時間
		時間
		時間
		時間
	※受講・修了認定基準の根拠となる学則等について、該当条項を記載するとともに、該当部分の写しを添付資料としてご提出ください。	0 時間

5. 受講効果の把握方法

(1) 受講認定基準 (6ヶ月ごとの出席率・定期試験、進級試験等の具体的な基準)	各科目の出席率が〇%以上、前期・後期(6ヵ月ごと)の定期試験において〇%以上の得点の者に対して進級を認定する(本校学則〇条〇項)
(2) 受講認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。
(3) 修了認定基準 (出席率・修了認定試験等の具体的な基準)	年間の出席率が〇%以上、公開模擬試験において〇%以上の得点の者に対して修了を認定する。(本校学則〇条〇項)
(4) 修了認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。

6. 教育訓練目標達成に向けた支援等のための具体的な措置等

(1) 受講者に対する習得度・理解度についての具体的な助言・指導方法	質問票を随時受け付け、希望に応じて個別指導を行っている。	
(2) 受講中・修了時における資格取得・就職へのバックアップ体制	<ul style="list-style-type: none"> ・受験情報・資格関連の求人情報を月一回配布している。 ・就職支援センターにキャリアコンサルタントを配置し、随時相談を受け付けている。 ・就職ガイダンスの実施。 	
(3) スクーリングの実施状況 <small>[通信制のみ]</small>	実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意) / <input type="checkbox"/> 無
	スクーリング実施場所・時期・期間・回数、実施条件等	
(4) 受講者の本人確認方法	受講申込み時	公的な身分証明書(運転免許証等)の提示を求めている。
	受講日(通信の場合は受講期間中)	顔写真入りの受講証を毎回確認している。

実践教育訓練実施状況調査票(訓練経費内訳票)

記載方法

※一括払いの場合は、各期に要する受講費用を算出した上で、それぞれの期に金額を記入してください。
※一括払いと分割払いが選択できる場合は、分割払いの金額を記載してください。

※専門様式第1号(2/5)⑧教育訓練経費と一致。

		第1期 1学期前～ 7ヶ月～	第2期 7ヶ月～ 1年～	第3期 1年～ 1年7ヶ月～	第4期 1年7ヶ月～ 2年～	第5期 2年～ 2年7ヶ月～3年	合計
教育訓練経費	受講料	100,000	0	0	0	0	100,000
	(3)必須の教材費 ※1	52,000	0	52,000	0	0	104,000
	(4)その他必須の実習費等経費 ※1	84,000	84,000	84,000	84,000	0	336,000
	(5)受講料計(2)～(4)	① 336,000	② 284,000	③ 336,000	④ 284,000	0	1,240,000
	(6)教育訓練経費計(1)+(5)	436,000	284,000	336,000	284,000	0	※2 1,340,000
その他受講者が負担する経費	(7)任意の教材費	0	0	0	0	0	0
	(8)実習に伴う宿泊費・交通費等	0	0	0	0	0	0
	(9)施設維持費用等	55,000	55,000	55,000	55,000	0	220,000
	(10)その他の経費 ※3	3,000	0	0	0	0	3,000
	(11)その他受講生負担経費計(7)～(10)	58,000	55,000	55,000	55,000	0	223,000
受講費用総計((6)+(11))		494,000	339,000	391,000	339,000	0	1,563,000

※1 入学科、受講料には(7)～(10)の経費を含めないでください。

※2 教育訓練給付の対象となる費用は、教育訓練経費計(5)合計の金額のみです。

※3 資格試験受験料、パソコン等機材の購入費・レンタル料、損害保険料、補講料、

受講開始1年以降も同様に計上。

受講開始7ヶ月～1年までに要する受講費用を計上。

入学科～受講開始6ヶ月までに要する受講費用を計上。

支払方法 一括または分割との併用 (類似講座の費用の具体例等) 入学科10万円、受講料150万円、施設維持費30万円

2. 教育訓練経費の内訳等

(1)入学科

入学科(1.(1)の金額)に含まれる費用・経費等の内容	学生登録手数料 ○○円、身分証明書発行費用 □□円
入学科(1.(1)の金額)の納入時期	3月

2(2)受講料①～④の合計と、1(5)受講料合計欄を一致させること。

受講料(1.(5)合計の金額)の内訳	金額	割合
①講座運営に係る必要最低経費(入件費等)	1,000,000円	80.6%
②必須の教材費	104,000円	8.4%
③販売活動に関する経費(PR費用等)	48,000円	3.9%
④見込まれる利益((1.(5)の受講料合計-2.(2)の(①+②+③)))	88,000円	7.1%

3. 教育訓練経費の奨学金制度(教育訓練施設にて独自に運営しているものに限る)及び割引・還元措置

(1)奨学金制度について(該当がある場合のみ記入)

①返済義務の有無について	<input checked="" type="checkbox"/> 有(貸与型) <input type="checkbox"/> 無(贈与型) <input type="checkbox"/> その他(特定の条件により贈与されるもの等)
②奨学金の条件・金額	(1)本学で学ぶ学生(生徒)を対象として、有利子(または無利子)の奨学金を貸与する(月額5万円)。 (2)指定の学校に在学する学生(生徒)に対して、奨学金を給付する(月額5万円)
③返済方法・期限	(1)卒業後、毎月1万5千円を返還する。 (2)給付型のため、返還の必要なし。

(2)入学科・受講料の割引又は還元措置について(該当がある場合のみ記入)

①割引又は還元の条件・金額	(1)家族が、本校の学校法人グループの学校に在籍又は卒業されている方は入学金を5万円割引。 (2)過去の当校の別の課程を卒業した実績のある方は入学金を5万円(半額)とする。
②割引又は還元を行う期間	(1)(2)ともに期間制限なし。

専門実践教育訓練実施状況調査票(訓練経費内訳票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	

4. 教材費の内訳

区分	教材名	著者・出版者・メーカー等	価格(税込)
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
必須の教材費の合計額 (専門様式第3号(1/2)1. (3)の合計欄と同額になること)			円
任意の教材費の合計額 (専門様式第3号(1/2)1. (7)の合計欄と同額になること)			円

記載方法

※教科書名は、書籍ごとに詳細に記載してください。
 なお、教具類で内訳を作成し難いものについては「一式」として記載しても構いませんが、購入する内容が把握できる資料を別途ご提出ください。(例:調理実習教具一式)
 また、実習で使用する実習着等についても、教材費の内訳に含めて記載していただいても構いません。
 ※教材単価が高価なものが含まれている場合は、審査時に確認させていただく場合があります。

※ 欄が不足する場合は本票をコピーして使用し、最終ページに合計額を記載してください。

専門実践教育訓練実施状況調査票(販売活動等調査票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

1. 販売活動等(※2)の内容

(1)販売活動等の態様	<input type="checkbox"/> A 自社のみで、当該講座の販売活動等にあたる。(以下の(2)~(4)欄に具体的内容を記入) <input checked="" type="checkbox"/> B 販売代理店等(※2)を利用して、当該講座の販売活動等にあたる。 (以下の(2)~(11)欄に具体的内容を記入)		
(2)具体的な販売活動等の内容・方法	当校において〇〇、〇〇を行っている。 〇〇社との販売代理店契約及び〇〇との販売代理員契約により、〇〇県地域のチラシ配布等の勧誘活動を委託している。		
(3)販売活動等地域 <small>※地域限定の場合は都道府県名を記入</small>	東京都、〇〇県、〇〇県		
(4)販売活動等(自社で行うもの)の適正実施の確認・管理、監督の方法	受講申込者に対し、必ず〇〇を説明することとしている。 受講申込者に説明を行った担当者の氏名を記録している。		
(5)販売代理店等の数	販売代理店 〇店、販売代理員 〇人		
(6)契約締結時における販売代理店等の審査方法	販売代理店が行っている他社の講座に係る販売活動状況の確認を行い、過去に問題となった事案が発生していないか内部調査を行う。		
(7)販売代理店等の販売実態の把握方法(台帳整備の内容等)	受講申込者に対し、説明を行った者の氏名を必ず確認している。 また、〇〇に関するデータを週1回定期的に報告させている。		
(8)販売代理店等に対する専門実践教育訓練給付制度の周知方法	〇月及び〇月に、販売代理店責任者及び販売代理員に対し、教育訓練給付制度についての説明会を実施している。		
(9)販売代理店等が用いるパンフレット、マニュアル等の入手・確認方法	販売代理店が作成したパンフレットは全て提出することを契約条件としている。 また、下記の定期点検を実施している。		
(10)販売代理店等に対する定期的な点検・指導・監督方法	毎月末に教務課担当者が販売代理店・代理人を訪問し、パンフレットの確認、聞き取り等を実施している。		
(11)その他販売代理店等による不適正な販売活動等を防止するための措置	代理店経由の受講申込者に対して、受講開始後、不適正な勧誘を受けたか否かについてアンケートを実施している。		

2. 教育訓練施設における販売活動体制

(1)販売活動管理責任者	所属	教務事務課長		TEL.	03-3502-××××
	氏名	〇〇 〇〇		FAX.	03-3502-××××
(2)講座運営・販売活動等に係る苦情受付窓口	担当部署名	教務事務課			
	担当者人数	3	人	窓口電話番号	03-3502-××××

※1 今般、指定(再指定)を希望する各講座について、当該調査票の内容(販売活動等)が共通である場合は、対象の指定講座番号(再指定希望講座のみ)、講座の名称、専門様式仮番号をすべて列記し(別添一覧での対応可能)、教育訓練施設として1枚の提出とすることも可能。

※2 販売活動等とは、広告、宣伝も含めた当該教育訓練講座の販売、募集、勧誘の活動を指します。

※3 販売代理店等とは、契約関係の有無及びいかなる名称によるかを問わず、販売代理店、販売取次店、販売代理員その他当該教育訓練講座を販売する者すべてを指します。

専門実践教育訓練運営管理状況調査票

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

1. 講師の管理

(1)講座の担当講師数	直接雇用(常勤 2 人、 非常勤 2 人)、委託・派遣等 0 人
(2)主任指導者の勤務形態	■直接雇用(■常勤 □非常勤) / □委託・派遣等
(3)講師に対し、能力又は業績の評価を行っていますか。 ※1	<input type="checkbox"/> 全員に評価を行っている(*) ■一部に評価を行っている(*) <input type="checkbox"/> 評価を行っていない (*) 下欄①・②にも記入してください。
①評価の具体的実施方法 (実施体制、実施頻度、評価に用いる情報等) ※1	当施設人事部において、当施設独自の評価基準により、年1回、常勤講師の〇〇、〇〇、〇〇について評価を行っている。
②評価結果を講座の担当講師に伝え、能力向上に役立っていますか。 ※2	<input type="checkbox"/> 全員に伝えている ■一部に伝えている □伝えていない
(4)講師の専門能力を高めるための支援を行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 全員に支援を行っている(*) □一部に支援を行っている(*) <input type="checkbox"/> 支援を行っていない (*) 下欄にも記入してください。
直近における講座の担当講師への能力開発支援の具体的実施内容 ※2	常勤講師に対して、〇〇研修を行った。 非常勤講師の希望者(1名)に対して、〇〇資格の取得支援(経費援助)を行った。 (いずれも〇年〇月)

2. 講座運営の管理 (教育訓練効果の検証)

(1)講座の教育実績・効果等について、達成目標を定めた上で、評価を行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 講座実績の評価を行っている (下欄①・②にも記入してください。) <input type="checkbox"/> 評価を行っていない
①評価の具体的実施方法 (実施体制、実施頻度、評価に用いる情報等) ※1	当施設内の経営品質会議(議長:当施設長)において、年1回、〇〇関係講座の〇〇、〇〇、〇〇について評価を行っている。
②直近における講座の評価結果の具体的内容、評価の実施時期 ※2	(A~E5段階評価のうち)B:〇〇について改善を要する。(〇年〇月)
(2)教育効果を高めるため、講座運営(カリキュラム、教材、運営体制等)の見直しを行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に見直している(*) □必要に応じ見直している(*) <input type="checkbox"/> 見直したことはない (*) 下欄にも記入してください。
直近の講座運営見直しの具体的内容、見直しの実施時期 ※2	上記(1)②の評価結果を踏まえ、〇〇の見直しを行った。(〇年〇月)

※1 申請講座に限らず、施設全体での取り組み状況を記入してください。

※2 申請講座において、過去3年以内に実施された場合に限り、記入してください。

主任指導者にかかる経歴書

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号	
		<small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	移行前指定講座番号	
		<small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
		専用様式第1号の仮番号	1001

(ふりがな) 氏 名	のうかい たろう 能開 太郎		
生年月日	昭和 平成	〇〇年 8月 1日 生 (〇〇歳)	
現住所	〒 (100-0000) TEL 03 - 1234 - 〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇 〇 1-2-3		
最終学歴	昭和 平成	〇〇年 3月	△△△大学 福祉学部 ○ 卒・修了
主な職歴	(現職)平成△△年 1月	〇〇専門学校専任講師	
	平成〇〇年 4月～平成△△年12月	〇〇介護福祉事務所	
	～		
	～		
	講師経験通算年数	〇 年	主な専門科目
主な講師歴	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
取得している 公的な資格等	平成〇〇年 介護福祉士 平成〇△年 社会福祉士 平成△△年 保育士		
その他 (賞罰等)	特になし		

専門実践教育訓練実施状況調査票(総括票)

厚生労働大臣 殿

下記の教育訓練について、専門実践教育訓練給付金の対象講座として、雇用保険法第60条の2第1項に規定する教育訓練として(**新規指定・現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行・再指定・指定の変更**) を希望します。

つきましては、以下の記入について誤りがないことを確認するとともに、本票を含め、申請書類に虚偽の記入があった場合には、指定を取り消される場合があることを了承します。なお、今般提出する書面は、教育訓練実施者においても誤りのないことを確認しているものです。下記の教育訓練が指定を受けた際には、「雇用保険法第60条の2第1項に規定する厚生労働大臣が指定する教育訓練の指定基準」を遵守するとともに、当該基準に違反した場合は、指定を取り消される場合があることを了承します。

【現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行を希望される方】

なお、現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練へ移行することとなった際には、現在指定されている教育訓練の講座は指定有効期間の有無に関わらず、自動的に廃止されることに了承します。また、専門実践教育訓練の基準を満たさなかった場合には、一般教育訓練としての指定を希望(**します・しません**)。

平成 〇 年 〇 月 〇 日

施設の名称 〇〇専門学校
 施設長(施設責任者)の氏名訓練 一

〇〇
 専門学校
 の印

1. 申請者(教育訓練施設)

①施設番号 (5桁) ※1	一般教育訓練	13000	②施設の種類の種類 ※該当する場合のみチェック	<input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 各種学校 <input type="checkbox"/> 大学・大学院		
	専門実践教育訓練			(ふりがな) 〇〇せんもんがっこう		
③管轄公共職業安定所番号(左4桁) ※2			④施設の名称 ※3	〇〇専門学校		
				<input type="checkbox"/> 変更あり		
⑤所在地 ※3	〒(100 -0000)		Tel. 03 - 3502 - ××××			
東京 千代田区霞が関 △-△-△		道 府 県				
<input type="checkbox"/> 変更あり						
⑥従業員数	15 人	⑦ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり (http://www.mxxxx.co.jp)			<input type="checkbox"/> なし
⑧主たる教育訓練内容	福祉系国家資格所得のための養成課程					
⑨講座指定状況等	既指定講座数	7 講座	うち一般教育訓練講座	6 講座	うち専門実践教育訓練講座	1 講座
	一般教育訓練		新規指定希望	2 講座	再指定希望	1 講座
			変更希望	1 講座	廃止候補	0 講座
	専門実践教育訓練		新規指定希望	1 講座	一般教育訓練から移行	講座
			変更希望	0 講座		

2. 教育訓練実施者

①名称 ※3	(ふりがな) がつこうほうじん△△△△	②代表者 氏名	理事長 教育 太郎
	学校法人△△△△		
<input type="checkbox"/> 変更あり			
③所在地 ※3	〒(100 -0000)	※教育訓練事業の開始年月日から調査票提出日までに、1 営業年度以上の事業実績を有さなければ不指定になります。	
東京 千代田区霞が関	道 府 県		
<input type="checkbox"/> 変更あり			
④法人番号	1234567890123	⑤教育訓練実施者の教育訓練事業の開始年月日	昭和・平成 △年 10 月 20 日
作成担当者 所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	Tel.	03 - 3502 - ××××
	氏名: 教育 花子	Fax.	03 - 3502 - ××××
	所属(部署・役職): 教育部教務事務課	e-mail.	h-kyouiku@×××co.jp

※1 「施設番号」は、現在指定講座を有する施設の場合、指定通知書等で確認して記入してください。過去に指定講座を有していた場合も、その時の施設番号を記入してください。

※2 施設所在地を管轄する公共職業安定所に確認の上、記載して下さい。

※3 現在、施設番号を有する施設が、施設・教育訓練実施者の名称・所在地等について、現在の登録内容から変更する場合、「変更あり」にチェックをした上で、変更後の内容を記入し、変更ファイルにて別途変更手続きを行ってください。

※4 ※3における変更の有無に関わらず、全ての項目を記入してください。

※5 電話番号欄には、フリーダイヤル・携帯電話以外の電話番号を記載してください。

4. 再指定希望講座(※1)

仮番号	①指定講座番号 (5桁-6桁-1桁)	②講座の名称 (40文字以内)※2	③教育訓練の内容 (60文字以内)	④実施方法 ※3	⑤訓練期間	⑥開講月 (講座開始月)	⑦総訓練 時間 (通学のみ)	⑧教育訓練経費(円/税込)			⑨支払方法	⑩左記欄以外の変更 (講座にかかるとの変更)
								入学料	受講料	合計※4		
4001	48005 -	介護福祉・保育学科	介護福祉士・保育士資格取得のための教育課程	1 通学 ①:昼間(平日) ②:夜間(平日) ③:土日	24月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	2190時間	100,000	1,230,000	1,330,000	1:一括または分割との併用 2:分割のみ	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input checked="" type="checkbox"/> カリキュラム <input type="checkbox"/> 主任指導者 <input type="checkbox"/> 教材
	2 通信			<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり								
4002	-	-	-	-	-	-	時間	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input type="checkbox"/> カリキュラム <input type="checkbox"/> 主任指導者 <input type="checkbox"/> 教材
	<p>講座情報に変更が生じている場合には、「<input type="checkbox"/>変更あり」に必ずチェックをして、様式8号を併せて提出する必要があります。</p>											
4003	-	-	-	1 通学 ①:昼間(平日) ②:夜間(平日) ③:土日	月	3 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	時間	-	-	-	1:一括または分割との併用 2:分割のみ	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input type="checkbox"/> カリキュラム <input type="checkbox"/> 主任指導者 <input type="checkbox"/> 教材
	2 通信			<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更あり								

※1 全ての項目に記入し、講座の名称等に変更がある場合は、「変更あり」にチェックをした上で変更後の内容を記載してください。

※2 「講座の名称」は、施設内で重複しないものを記入してください。

※3 昼間・夜間のいずれかに必ず○をしてください。昼間は平日昼間、夜間は平日夜間を指します。土日は昼間・夜間を問わず該当する場合、○を付けてください。

実施区分の変更(例えば「1通学」から「2通信」への変更)はあらかじめ新規申請の手続きが必要です。

「1通学」内の区分を変更する場合(例えば平日(昼間)から平日(夜間)・土日はあらかじめ新規申請の手続きが必要です(「2通信」内の区分を変更する場合は変更届による変更が可能です。))。

※4 専門様式3号(1/2)の1受講費用合計欄の金額と一致しているか確認してください。

※5 欄が不足する場合は、本票をコピーして使用してください。その際仮番号は、適宜修正してください。

専門様式第1号

6. 行政機関等からの処分・是正措置等及び民事再生法に基づく再生手続開始等

教育訓練実施者が、過去5年間に、①教育訓練給付に関する講座指定取消し・事実確認調査等を受けたり、②その他、国・地方公共団体・独立行政法人から処分・是正措置等を受けたことがある場合、若しくは③民事再生法に基づく再生手続開始、会社更生法に基づく更生手続開始、金融機関との取引停止がなされる原因となる不渡り手形の発生等があり、現在までに終結していない又は今後見込まれる場合は、その内容を記入してください。

(1) ・(①、②)過去5年間に行政機関等から処分等を受けたこと ・(③)民事再生計画等の最中又は予定	■ある (以下に内容を記入) □ない
(2)処分、計画等の内容	介護技術講習会講座(講座番号13000-061021-1)の受講修了者に、教育訓練給付の不正受給の疑いが発生し、厚生労働省から調査を受けた(〇年〇月)
(3)上記の処分・計画等に対する措置及び現在の状況	調査の結果、不正受給でないことが判明したが、不正受給防止のため、〇年〇月以降、〇〇の措置をとることとした。
(4)上記の処分等が行われた当時の役員名(すべて)※③は記載不要	〇〇 〇〇、×× ××、△△ △△

7. 教育訓練給付制度以外の公的制度の適用状況

教育訓練給付制度以外に、教育訓練実施者が、過去1年間①国、地方公共団体又は独立行政法人が行う助成金・補助金等の公的制度や、②国又は地方公共団体が行う公共職業訓練の委託を受けている場合、適用を受けている制度の内容を記入してください。

(1)国等から助成金・補助金等又は公共職業訓練の委託を受けて	■いる (以下に内容を記入) □いない
(2)制度の名称、内容	① 〇〇県の雇用対策助成金を受けている。
	② 東京都から公共職業訓練(介護職員初任者研修)の委託を受けている。
	③

※「教育訓練施設向けパンフレット」に記載されている指定基準を熟読の上、該当するものにチェックをしてください。

8. 確認事項 ※ 該当する方にチェックをしてください。

(1)教育訓練実施者の役員等(名称を問わず、これと同等以上の職権又は支配力を有する者を含む。)の中に、他の団体等の役員等として、過去5年以内に教育訓練給付の講座指定取消を受けたことがある者がいる。	□いる ■いない
(2)受講者に対し、受給資格者証の交付確認、受講・修了証明書、領収書等の適正な発行、支給申請書等の交付等、専門実践教育訓練に係る事務等の適正な実施に関し協力をを行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(3)厚生労働省が行う調査、報告又は文書の提出の求めに応じるとともに、厚生労働省の助言及び指導を受け入れ、必要とされる対応を行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(4)指定講座の受講費用額を証明する書類の発行に当たっては、入学料及び受講料から割引、還元した額を控除した後の金額を記載している(又はする予定である)。	■はい □いいえ
(5)教育訓練実施者は、当該教育訓練の販売、募集、勧誘等の管理について全責任を有する。販売代理店等(名称及び契約関係の如何を問わず、当該教育訓練を販売する者のすべて。)が行う販売活動についても一切の責任を負う。	■はい □いいえ

9. 適正な実施の管理

教育訓練施設長(施設責任者)所属・氏名	(ふりがな) くんれん はじめ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 訓練 一	
	所属: 〇〇専門学校・学校長	
苦情受付者所属・氏名	(ふりがな) 〇〇 ××	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤) ■指導者との兼務なし
	氏名: 〇〇 ××	
	所属: 総務部 総務課	
事務担当者所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 教育 花子	
	所属: 教育部 教務事務課	

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 [再指定・変更希望講座のみ]	00000-000000-0
		移行前指定講座番号 [専門実践教育訓練への移行希望のみ]	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	4001

1. 教育訓練の概要

(1)訓練期間	24 月	(2)総訓練時間 [通学制のみ]	2190 時間
(3)入学定員	24 人	(4)添削回数 [通信制のみ]	回
(5)講座の創設開講年月日	S・H 19年 4月 1日		
(6)修了者数 ※1	24 人	(対象期間:H28年4月15日 ~ H29年4月16日) ※1	

※1 新規指定希望講座は調査票提出前日から過去1年間の実績を記入してください。再指定希望講座は前回指定時から調査票提出前日までの実績を記入して下さい。変更希望講座は記入不要です。

2. 教育訓練の目標

(1)取得目標とする資格等の名称、レベル ※2	<input checked="" type="checkbox"/> 業務独占資格・名称独占資格 <input type="checkbox"/> 職業実践専門課程修了※3 <input type="checkbox"/> 専門職学位 <input type="checkbox"/> 職業実践力 <input type="checkbox"/> 情報通信技 <input type="checkbox"/> 第四次産業 教育訓練を通じて	資格名	介護福祉士
	<input type="checkbox"/> 職業実践力 <input type="checkbox"/> 情報通信技 <input type="checkbox"/> 第四次産業 教育訓練を通じて	資格名	分野
1. 対象とする職業の種類 2. 対象とする特別の労働者層のいずれかを記載	<input type="checkbox"/> 職業実践力 <input type="checkbox"/> 情報通信技 <input type="checkbox"/> 第四次産業 教育訓練を通じて	資格名	学位名
	※目標資格が複数ある場合、主として目標とする資格以外の資格については、上記以外の資格等欄に記載してください。		
	保育士 【職業実践力育成プログラム記載欄】(職業実践力育成プログラムは以下の1~3について要記載。) 課程の種類 <input type="checkbox"/> 正規課程 <input type="checkbox"/> 特別の課程 1. 対象とする職業の種類 () 2. 対象とする特別の労働者層 () 3. 身につけることのできる能力		
	【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】(第四次産業革命スキル習得講座は以下の1・2について要記載。) 1. 当該教育訓練を通じて習得する知識・技術の概要 2. 当該知識、技術が如何なる業種・職種において、どのように活用可能か		
(2)当該資格・試験の実施機関名称	厚生労働省		
(3)資格取得等のための要件又は受験資格	本学に2年間以上在籍し、卒業単位(88単位以上)を修得したことにより卒業が認定されること、かつ社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第39条及び第44条の規定に基づき、厚生労働大臣が省令で定める科目及び単位を修得すること。		
(4)当該技能・知識の習得が必須又は有利となる職種・職務及び習得された技能・知識が活用されている業界と活用状況 ※4	介護福祉士、ケアワーカー、在宅介護支援センター職員、ホームヘルパー等。老人福祉施設・介護老人保険施設・在宅福祉サービス・身体障害者福祉施設等で、ケアワーカー、相談員、指導員として活用される。		

※2 目標資格が複数ある場合は、「主として取得を目標とする資格」以外の資格は、「教育訓練を通じて取得を目指す上記以外の資格等」欄にご記入ください。

※3 文部科学省や経済産業省に申請した際の区分を一つ記載して下さい。

※4 第四次産業革命スキル習得講座については、(1)【第四次産業革命スキル習得講座記載欄】で具体を記載するため、(4)の当該欄では記載不要です。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	00000-000000-0	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>		
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	4001	

3. 受講者の要件等

(1) 受講にあたって必要な実務経験	なし	※学則や募集要項等で定めている入学資格等を記入してください。
(2) 受講に最低限有しておくべき技能・知識の内容及び水準	高等学校卒業程度	

4. 教育訓練の内容(カリキュラム)

別添カリキュラムの通り	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	時間
	2190 時間

※学則等で規定されたカリキュラム表を添付することにより、記載を省略しても構いませんが、訓練時間の総合計欄は必ず記載することとし、添付するカリキュラム表の合計欄とも時間数が一致するよう記載してください。

※受講・修了認定基準の根拠となる学則等について、該当条項を記載するとともに、該当部分の写しを添付資料としてご提出ください。

5.

(1) 受講認定基準 <small>(6ヶ月ごとの出席率・定期試験、進級試験等の具体的な基準)</small>	各科目の出席率が〇%以上、前期・後期(6ヵ月ごと)の定期試験において〇%以上の得点の者に対して進級を認定する(本校学則〇条〇項)
(2) 受講認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。
(3) 修了認定基準 <small>(出席率・修了認定試験等の具体的な基準)</small>	年間の出席率が〇%以上、公開模擬試験において〇%以上の得点の者に対して修了を認定する。(本校学則〇条〇項)
(4) 修了認定基準に係る、教育目標に対する技能・知識のレベル到達度把握・測定方法	カリキュラムの進行に応じた小テストを実施し、習得度を確認している。定期的に希望者に対し、担当講師が弱点補強指導を行っている。

6. 教育訓練目標達成に向けた支援等のための具体的な措置等

(1) 受講者に対する習得度・理解度についての具体的な助言・指導方法	質問票を随時受け付け、希望に応じて個別指導を行っている。	
(2) 受講中・修了時における資格取得・就職へのバックアップ体制	<ul style="list-style-type: none"> ・受験情報・資格関連の求人情報を月一回配布している。 ・就職支援センターにキャリアコンサルタントを配置し、随時相談を受け付けている。 ・就職ガイダンスの実施。 	
(3) スクーリングの実施状況 <small>[通信制のみ]</small>	実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意) / <input type="checkbox"/> 無
	スクーリング実施場所・時期・期間・回数、実施条件等	
(4) 受講者の本人確認方法	受講申込み時	公的な身分証明書(運転免許証等)の提示を求めている。
	受講日(通信の場合は受講期間中)	顔写真入りの受講証を毎回確認している。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号	00000-000000-0
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	4001

7. 資格取得・就職等状況

① 修了者数 ※1	24 人	入講(入学)者に係る「受験率80%以上」が必要です。	
② 入講(入学)者数	25 人		
③ 専門実践教育訓練給付の受給者数	10 人	* %は小数点第2位を四捨五入	
④ 目標資格の受験者数	24 人	受験率(④/②) ※2	96.0 %
⑤ 合格者数	20 人	合格率(⑤/④) ※2	83.3 %
⑥ 就職者数 ※3	人	就職・在職率((⑥+⑦)/②)	%
⑦ 在職者数 ※4	人		
⑥' 受給者のうち就職者数 ※3	7 人	※2	
⑦' 受給者のうち在職者数 ※4	2 人	就職・在職率((⑥'+⑦')/③)	90.0 %
⑧ 上記⑥・⑦または⑥'・⑦'の把握方法		※2	
⑨ 定員充足率(最新の入学者数/入学定員)	%		
⑩ 機関別評価結果	<input type="checkbox"/> 適合している <input type="checkbox"/> 適合していない(保留含) <input type="checkbox"/> 未受審		
⑪ 専門職大学院評価結果	<input type="checkbox"/> 適合している <input type="checkbox"/> 適合していない(保留含) <input type="checkbox"/> 未受審		

上記「7. 資格取得・就職等状況」について、**取得目標とする資格等別にそれぞれ以下の記入項目を**のう
え項目に記載をしてください。

○業務独占資格・名称独占資格の取得を

訓練目標とする養成課程の記入項目

- ① 前年度の修了者数
- ② ①に係る講座の入講(入学)者数
- ③ ①のうち専門実践教育訓練給付の受給者数
- ④ ①のうち目標資格の受験者数
- ⑤ ④のうち合格者数
- ⑥ ①のうち就職者数
- ⑦ ①のうち在職者数
- ⑥' ③のうち就職者数
- ⑦' ③のうち在職者数
- ⑧ 上記⑥・⑦または⑥'・⑦'の把握方法

○専門職学位課程 記入項目

- ① 最新の修了者数
- ② ①に係る講座の入講(入学)者数
- ③ ①のうち専門実践教育訓練給付の受給者数
- ④ ①のうち目標資格の受験者数【法科大学院のみ】
- ⑤ ④のうち合格者数【法科大学院のみ】
- ⑥ ①のうち就職者数【法科大学院は不要】
- ⑦ ①のうち在職者数【法科大学院は不要】

※以下の基準に満たない場合、指定基準を満たしません。

- ・受験率が80%以上。
- ・合格率が目標資格全体の平均合格率以上。
- ・就職・在職率が80%以上

○職業実践専門課程 記入項目

- ① 最新の修了者数
- ② ①に係る講座の入講(入学)者数
- ③ ①のうち専門実践教育訓練給付の受給者数
- ⑥ ①のうち就職者数
- ⑦ ①のうち在職者数
- ⑥' ③のうち就職者数
- ⑦' ③のうち在職者数
- ⑧ 上記⑥・⑦または⑥'・⑦'の把握方法

- ⑦ ①のうち在職者数
- ⑥' ③のうち就職者数
- ⑦' ③のうち在職者数
- ⑧ 上記⑥・⑦または⑥'・⑦'の把握方法
- ⑨ 定員充足率(最新の入学者数/入学定員)【正規課程のみ】

○一定レベル以上の情報通信技術に関する資格取得を目標とする課程の記入項目

- ① 前年度の修了者数
- ② ①に係る講座の入講(入学)者数
- ③ ①のうち専門実践教育訓練給付の受給者数
- ④ ①のうち目標資格の受験者数
- ⑤ ④のうち合格者数

- ⑥ ①のうち就職者数
- ⑦ ①のうち在職者数
- ⑥' ③のうち就職者数
- ⑦' ③のうち在職者数
- ⑧ 上記⑥・⑦または⑥'・⑦'の把握方法

- ※1 修了者数については、入講(入学)年度の異なる修了者(留年者・休学者・退学者・長期履修制度を利用した者等)を除いた人数を記載してください。
- ※2 (1) 受験率80%以上 (2) 目標資格の資格試験の受験者全体の平均合格率以上 (3) 就職・在職率80%以上
上記(1)～(3)のうち、1つでも基準に満たない項目がある場合は、指定されません。
- ※3 講座の修了者に係る入講(入学)者のうち、受講開始時に職に就いていなかった者で指定申請日までに就職した者の数を記入してください。この場合、就職したとは、臨時的な仕事に就職した者は含めません。
- ※4 講座の修了者に係る入講(入学)者のうち、受講開始時に既に職に就いていた者で、卒業後も引き続きその職にある者及び受講開始時に既に職に就いている者で、指定申請日までに別の職に転職した者の数を記入してください。
- ※5 人数欄は、0人の場合でも空欄とせず、「0」と記入してください。

専門実践教育訓練実施状況調査票(個票) 【再指定用】

施設の名 称	〇〇専門学校	指定講座番号	00000-000000-0
講座の名 称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	4001

以下の欄は、再指定希望手続きの受付開始日の属する月の翌月の末日までに、公共職業安定所(ハローワーク)において専門実践教育訓練給付の支給を受けた者がいないと考えられる場合に記載してください。

欄が足りなくなる場合は任意の様式に記載して提出してください。

8. 要因分析

専門実践教育訓練給付の支給を受けた者がいなかったことについての要因を分析し、その内容を具体的に記載してください。

専門実践教育訓練給付の支給を受けた者がいなかったことについて、要因を分析した上で具体的に記載して下さい。

9. 改善策

「8. 要因分析」を踏まえてどのように改善し、運営するのか、その方針(例: 広報のあり方、就職支援の取り組み、プログラムの改善等)を具体的に記載してください。

8に記載した受給者がいなかった要因を踏まえ、今後指定講座を運営していくにあたり、施設としての取り組み(方針、改善策)について具体的に記載して下さい。

記載方法

※一括払いの場合は、各期に要する受講費用を算出した上で、それぞれの期に金額を記入してください。

※一括払いと分割払いが選択できる場合は、分割払いの金額を記載してください。

施設状況調査票(訓練経費内訳票)

		指定講座番号 [再指定・変更希望講座のみ]	指定講座番号 [専門実践教育訓練への移行希望のみ]						
		専門様式第1号の 仮番号			※専門様式第1号(3/5)⑧教育訓練経費と一致します。				
		い。(金額欄は0円の場合も空欄にせず、「0」を記載してください。)							
		第3期 年～	第4期 1年7ヶ月～	第5期 2年～	2年7ヶ月～3年				
教育訓練経費	(1)入学科 ※1	100,000	0	0	0			100,000	
	(2)授業料 ※1	200,000	200,000	200,000	200,000			800,000	
	(3)必須の教材費 ※1	52,000	0	52,000	0			104,000	
	(4)その他必須の実習費等経費 ※	84,000	84,000	84,000	74,000			326,000	
	(5)受講料計(2)～(4)	336,000	284,000	336,000	274,000	0	0	1,230,000	
(6)教育訓練経費計(1)+(5)		① 436,000	② 284,000	③ 336,000	④ 274,000	0	0	※2 1,330,000	
その他受講者が負担する経費	(7)任意の教材費	0	0	0	0			0	
	(8)実習に伴う宿泊費・交通費等	0	0	0	0			0	
	(9)施設維持費用等	55,000	55,000	55,000	55,000			220,000	
	(10)その他の経費 ※3	3,000	0	0	0			3,000	
	(11)その他受講生負担経費計(7)～(10)	58,000	55,000	55,000	55,000			223,000	
受講費用総計(6)+(11)		494,000	339,000	391,000	329,000	0	0	1,553,000	

※1 入学科、受講料には(7)～(10)の経費を含めないでください。

※2 教育訓練給付の対象となる費用は、教育訓練経費計(6)合計の金額の7割以下を要する受講費用を計上。

※3 資格試験受験料、パソコン等機材の購入費・レンタル料、教材費等(類似講座の費用の具体例等)を計上。

受講開始1年以上以降も同様に計上。

受講開始7ヶ月～1年までに要する受講費用を計上。

入学前～受講開始6ヶ月までに要する受講費用を計上。

支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 一括または分割との併用 <input type="checkbox"/> 分割	(類似講座の費用の具体例等) 入学科10万円、受講料150万円、施設維持費30万円
------	---	---

2. 教育訓練経費の内訳等

(1)入学科

入学科(1.(1)の金額)に含まれる費用・経費等の内容	学生登録手数料 ○○円、身分証明書発行費用 □□円
-----------------------------	---------------------------

(2)受講料

※金額は税込、%は小数点第2位を四捨五入

2(2)受講料①～④の合計と、1(5)受講料合計欄を一致させること。

受講料(1.(5)合計の金額)の内訳	①講座運営に係る必要最低経費(人件費等)	1,000,000 円	61.3 %
	②必須の教材費	104,000 円	8.5 %
	③販売活動に関する経費(PR費用等)	48,000 円	3.9 %
	④見込まれる利益 ((1.(5)の受講料合計-2.(2)の(①+②+③))	78,000 円	6.3 %

3. 教育訓練経費の奨学金制度(教育訓練施設にて独自に運営しているものに限る)及び割引・還元措置

(1)奨学金制度について(該当がある場合のみ記入)

①返済義務の有無について	<input checked="" type="checkbox"/> 有(貸与型) <input type="checkbox"/> 無(贈与型) <input type="checkbox"/> その他(特定の条件により贈与されるもの等)
②奨学金の条件・金額	(1)本学で学ぶ学生(生徒)を対象として、有利子(または無利子)の奨学金を貸与する(月額5万円)。 (2)指定の学校に在学する学生(生徒)に対して、奨学金を給付する(月額5万円)
③返済方法・期限	(1)卒業後、毎月1万5千円を返還する。 (2)給付型のため、返還の必要なし。

(2)入学科・受講料の割引又は還元措置について(該当がある場合のみ記入)

①割引又は還元の条件・金額	(1)家族が、本校の学校法人グループの学校に在籍又は卒業されている方は入学金を5万円割引。 (2)過去の当校の別の課程を卒業した実績のある方は入学金を5万円(半額)とする。
②割引又は還元を行う期間	(1)(2)ともに期間制限なし。

専門実践教育訓練実施状況調査票(訓練経費内訳票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

4. 教材費の内訳

区分	教材名	著者・出版者・メーカー等	価格(税込)
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
<input type="checkbox"/> 必須 / <input type="checkbox"/> 任意			円
必須の教材費の合計額 (専門様式第3号(1/2)1. (3)の合計欄と同額になること)			円
任意の教材費の合計額 (専門様式第3号(1/2)1. (7)の合計欄と同額になること)			円

記載方法

※教科書名は、書籍ごとに詳細に記載してください。
 なお、教具類で内訳を作成し難いものについては「一式」として記載しても構いませんが、購入する内容が把握できる資料を別途ご提出ください。(例:調理実習教具一式)
 また、実習で使用する実習着等についても、教材費の内訳に含めて記載していただいて構いません。

※教材単価が高価なものが含まれている場合は、審査時に確認させていただく場合があります。

※ 欄が不足する場合は本票をコピーして使用し、最終ページに合計額を記載してください。

専門実践教育訓練運営管理状況調査票

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号 <small>[再指定・変更希望講座のみ]</small>	
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	1001

1. 講師の管理

(1)講座の担当講師数	直接雇用(常勤 2 人、 非常勤 2 人)、委託・派遣等 0 人
(2)主任指導者の勤務形態	■直接雇用(■常勤 □非常勤) / □委託・派遣等
(3)講師に対し、能力又は業績の評価を行っていますか。 ※1	<input type="checkbox"/> 全員に評価を行っている(*) ■一部に評価を行っている(*) <input type="checkbox"/> 評価を行っていない (*) 下欄①・②にも記入してください。
①評価の具体的実施方法 (実施体制、実施頻度、評価に用いる情報等) ※1	当施設人事部において、当施設独自の評価基準により、年1回、常勤講師の〇〇、〇〇、〇〇について評価を行っている。
②評価結果を講座の担当講師に伝え、能力向上に役立っていますか。 ※2	<input type="checkbox"/> 全員に伝えている ■一部に伝えている □伝えていない
(4)講師の専門能力を高めるための支援を行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 全員に支援を行っている(*) □一部に支援を行っている(*) <input type="checkbox"/> 支援を行っていない (*) 下欄にも記入してください。
直近における講座の担当講師への能力開発支援の具体的実施内容 ※2	常勤講師に対して、〇〇研修を行った。 非常勤講師の希望者(1名)に対して、〇〇資格の取得支援(経費援助)を行った。 (いずれも〇年〇月)

2. 講座運営の管理 (教育訓練効果の検証)

(1)講座の教育実績・効果等について、達成目標を定めた上で、評価を行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 講座実績の評価を行っている (下欄①・②にも記入してください。) <input type="checkbox"/> 評価を行っていない
①評価の具体的実施方法 (実施体制、実施頻度、評価に用いる情報等) ※1	当施設内の経営品質会議(議長:当施設長)において、年1回、〇〇関係講座の〇〇、〇〇、〇〇について評価を行っている。
②直近における講座の評価結果の具体的内容、評価の実施時期 ※2	(A~E5段階評価のうち)B:〇〇について改善を要する。(〇年〇月)
(2)教育効果を高めるため、講座運営(カリキュラム、教材、運営体制等)の見直しを行っていますか。 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に見直している(*) □必要に応じ見直している(*) <input type="checkbox"/> 見直したことはない (*) 下欄にも記入してください。
直近の講座運営見直しの具体的内容、見直しの実施時期 ※2	上記(1)②の評価結果を踏まえ、〇〇の見直しを行った。(〇年〇月)

※1 申請講座に限らず、施設全体での取り組み状況を記入してください。

※2 申請講座において、過去3年以内に実施された場合に限り、記入してください。

専門実践教育訓練実施状況調査票(変更内容票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号	00000-000000-0
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	4001

1. 変更項目 ※変更する項目にチェックした上、必要事項を記入してください。

(1)教育訓練施設	<input type="checkbox"/> 変更あり (□名称 □所在地 □電話番号)※変更前について記載		
(2)教育訓練	[]		
(3)教育訓練	[]		
(4)訓練期間	[]		
(5)総訓練時	[]		
(6)教育訓練目	[]		
(7)教育訓練経費(*)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり (□入学科料 <input checked="" type="checkbox"/> 受講料 □支払方法) ※変更前の入学科料: _____ 円、受講料: <u>1,240,000</u> 円(合計額) ※期ごとの内訳の変更があった場合も変更の手続きが必要です。		
(8)受講者要件(*)	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の要件 []		
(9)受講・修了認定基準(*)	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の基準 []		
(10)開講月	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の開講月 []		
(11)カリキュラム(*)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり ※主な変更部分 [○〇の講義を×時間減らし、△の講義を○時間にした。]		
(12)教室	<input type="checkbox"/> 変更あり (□名称 □所在地 □電話番号 □施設事務 □実施講座の追加 □教室の追加)		
(13)主任指導者	<input type="checkbox"/> 変更あり	(14)教材	<input type="checkbox"/> 変更あり
(15)施設責任者・苦情受付者・事務担当者	<input type="checkbox"/> 変更あり (□施設責任者 □苦情受付者 □事務担当者)		

様式8号の「1.変更項目」には、必ず**変更前の情報**を記載して下さい。
 また、様式1号(3/5)の「変更あり」へのチェックを必ず行ってください。
 「変更あり」にチェックがないものについては、単なる記載誤りと判別できず、
 変更が受理されない可能性があります。

2. 変更の理由

上記1で(*)を付した項目について変更がある場合、項目ごとに、具体的な変更理由を記載してください。

①	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 <input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 □カリキュラム
	変更理由	実習方法変更のため。
②	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 □教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 <input checked="" type="checkbox"/> カリキュラム
	変更理由	△の理解度を高めるため。
③	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 □教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 □カリキュラム
	変更理由	

※ 本票は講座ごとに作成してください。ただし、施設・教室・訓練実施者の名称・所在地・電話番号、訓練実施者の代表者名、教室の施設事務の変更のみの場合は、1部で結構です。

専門実践教育訓練実施状況調査票(総括票)

厚生労働大臣 殿

下記の教育訓練について、専門実践教育訓練給付金の対象講座として、雇用保険法第60条の2第1項に規定する教育訓練として(**新規指定・現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行・再指定・指定の変更**) を希望します。

つきましては、以下の記入について誤りがないことを確認するとともに、本票を含め、申請書類に虚偽の記入があった場合には、指定を取り消される場合があることを了承します。なお、今般提出する書面は、教育訓練実施者においても誤りのないことを確認しているものです。下記の教育訓練が指定を受けた際には、「雇用保険法第60条の2第1項に規定する厚生労働大臣が指定する教育訓練の指定基準」を遵守するとともに、当該基準に違反した場合は、指定を取り消される場合があることを了承します。

【現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練への移行を希望される方】

なお、現在指定されている教育訓練から専門実践教育訓練へ移行することとなった際には、現在指定されている教育訓練の講座は指定有効期間の有無に関わらず、自動的に廃止されることに了承します。また、専門実践教育訓練の基準を満たさなかった場合には、一般教育訓練としての指定を希望(**します・しません**)。

平成 〇 年 〇 月 〇 日
施設の名称 〇〇専門学校
施設長(施設責任者)の氏名訓練 一

〇〇
専門学校
の印

1. 申請者(教育訓練施設)

①施設番号 (5桁) ※1	一般教育訓練	13000	②施設の種類の種類 ※該当する場合のみチェック	<input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 各種学校 <input type="checkbox"/> 大学・大学院		
	専門実践教育訓練			(ふりがな) 〇〇せんもんがっこう		
③管轄公共職業安定所番号(左4桁) ※2			④施設の名称 ※3	〇〇専門学校		
				<input type="checkbox"/> 変更あり		
⑤所在地 ※3	〒(100 -0000) 東京 千代田区霞が関 △-△-△		Tel. 03 - 3502 - ××××			
⑥従業員数	15 人	⑦ホームページアドレス	■あり (http://www.mxxxx.co.jp) <input type="checkbox"/> なし			
⑧主たる教育訓練内容	福祉系国家資格所得のための養成課程					
⑨講座指定状況等	既指定講座数	7 講座	うち一般教育訓練講座	6 講座	うち専門実践教育訓練講座	1 講座
	一般教育訓練		新規指定希望	2 講座	再指定希望	1 講座
			変更希望	1 講座	廃止候補	0 講座
	専門実践教育訓練		新規指定希望	1 講座	一般教育訓練から移行	1 講座
			変更希望	0 講座		

2. 教育訓練実施者

①名称 ※3	(ふりがな) 学校法 がっこうほうじん△△△△	②代表者	理事長 太郎
③所在地 ※3	〒(100 -0000) 東京 千代田区	※教育訓練事業の開始年月日から調査票提出日までに、1営業年度以上の事業実績を有さなければ不指定になります。	
④法人番号	1234567890123		
作成担当者所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	Tel. 03 -3502- ××××	
	氏名: 教育 花子	Fax. 03 -3502- ××××	
	所属(部署・役職): 教育部教務事務課	e-mail. h-kyouiku@×××co.jp	

※1 「施設番号」は、現在指定講座を有する施設の場合、指定通知書等で確認して記入してください。過去に指定講座を有していた場合も、その時の施設番号を記入してください。

※2 施設所在地を管轄する公共職業安定所に確認の上、記載して下さい。

※3 現在、施設番号を有する施設が、施設・教育訓練実施者の名称・所在地等について、現在の登録内容から変更する場合、「変更あり」にチェックをした上で、変更後の内容を記入し、変更ファイルにて別途変更手続きを行ってください。

※4 ※3における変更の有無に関わらず、全ての項目を記入してください。

※5 電話番号欄には、フリーダイヤル・携帯電話以外の電話番号を記載してください。

5. 変更希望講座(※1)

仮番号	①指定講座番号 (5桁-6桁-1桁)	②講座の名称 (40文字以内)※2	③教育訓練の内容 (60文字以内)	④実施方法 ※3	⑤訓練期間	⑥開講月 (講座開始月)	⑦総訓練 時間 (通学のみ)	⑧教育訓練経費(円/税込)			⑨支払方法	⑩左記欄以外の変更 (講座にかかる変更)
								入学料	受講料	合計※4		
6001	48000 -	介護福祉・保育学科 <input type="checkbox"/> 変更あり	介護福祉士・保育士資格取得のための教育課程 <input type="checkbox"/> 変更あり	1 通学 1: 昼間(平日) 2: 夜間(平日) 3: 土日	24月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	2190時間	100,000	1,230,000	1,330,000	1:一括または 分割との併用 2:分割のみ	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input checked="" type="checkbox"/> カリキュラム ・主任指導者 ・教材
	2 通信 1: 通信 2: 一部eラーニング 3: eラーニングのみ			<input type="checkbox"/> 変更あり								
6002	-	<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更あり	1 通学 1: 昼間(平日) 2: 夜間(平日) 3: 土日							2: 分割のみ	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input type="checkbox"/> カリキュラム ・主任指導者
	2 通信 1: 通信 2: 一部eラーニング 3: eラーニングのみ			<input type="checkbox"/> 変更あり								
6003	-	<input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更あり	1 通学 1: 昼間(平日) 2: 夜間(平日) 3: 土日							2: 分割のみ	<input type="checkbox"/> 教育訓練目標 <input type="checkbox"/> 受講認定基準 <input type="checkbox"/> 修了認定基準 <input type="checkbox"/> 受講者要件 <input type="checkbox"/> その他 <small>(該当項目を○で囲む)</small> <input type="checkbox"/> カリキュラム ・主任指導者 ・教材
	2 通信 1: 通信 2: 一部eラーニング 3: eラーニングのみ			<input type="checkbox"/> 変更あり								

変更手続きを行う際には、変更が生じた各項目の「変更あり」へのチェックを必ず行ってください。
 「変更あり」にチェックがないものについては、単なる記載誤りと判別できず、変更が受理されない可能性があります。
 また、併せて様式8号を提出する必要があります。

- ※1 全ての項目に記入し、講座の名称等に変更がある場合は、「変更あり」にチェックをした上で変更後の内容を記載してください。
- ※2 「講座の名称」は、施設内で重複しないものを記入してください。
- ※3 昼間・夜間のいずれかに必ず○をしてください。土日は昼間・夜間を問わず該当する場合に○を付けてください。
- ※4 専門様式3号(1/2)の1受講費用合計欄の金額と一致しているか確認してください。
- ※5 欄が不足する場合は、本票をコピーして使用してください。その際仮番号は、適宜修正してください。
- ※6 「変更(事前承認)」の提出後に「変更(届出)」を提出する場合、仮番号はその続きの番号から使用してください。(事前承認で2つの講座を提出した場合、届出の変更の仮番号は6003からとなります。)

専門様式第1号

6. 行政機関等からの処分・是正措置等及び民事再生法に基づく再生手続開始等

教育訓練実施者が、過去5年間に、①教育訓練給付に関する講座指定取消し・事実確認調査等を受けたり、②その他、国・地方公共団体・独立行政法人から処分・是正措置等を受けたことがある場合、若しくは③民事再生法に基づく再生手続開始、会社更生法に基づく更生手続開始、金融機関との取引停止がなされる原因となる不渡り手形の発生等があり、現在までに終結していない又は今後見込まれる場合は、その内容を記入してください。

(1) ・(①、②)過去5年間に行政機関等から処分等を受けたこと ・(③)民事再生計画等の最中又は予定	■ある (以下に内容を記入) □ない
(2)処分、計画等の内容	介護技術講習会講座(講座番号13000-061021-1)の受講修了者に、教育訓練給付の不正受給の疑いが発生し、厚生労働省から調査を受けた(〇年〇月)
(3)上記の処分・計画等に対する措置及び現在の状況	調査の結果、不正受給でないことが判明したが、不正受給防止のため、〇年〇月以降、〇〇の措置をとることとした。
(4)上記の処分等が行われた当時の役員名(すべて)※③は記載不要	〇〇 〇〇、×× ××、△△ △△

7. 教育訓練給付制度以外の公的制度の適用状況

教育訓練給付制度以外に、教育訓練実施者が、過去1年間①国、地方公共団体又は独立行政法人が行う助成金・補助金等の公的制度や、②国又は地方公共団体が行う公共職業訓練の委託を受けている場合、適用を受けている制度の内容を記入してください。

(1)国等から助成金・補助金等又は公共職業訓練の委託を受けて	■いる (以下に内容を記入) □いない
(2)制度の名称、内容	① 〇〇県の雇用対策助成金を受けている。
	② 東京都から公共職業訓練(介護職員初任者研修)の委託を受けている。
	③

※「教育訓練施設向けパンフレット」に記載されている指定基準を熟読の上、該当するものにチェックをしてください。

8. 確認事項 ※ 該当する方にチェックをしてください。

(1)教育訓練実施者の役員等(名称を問わず、これと同等以上の職権又は支配力を有する者を含む。)の中に、他の団体等の役員等として、過去5年以内に教育訓練給付の講座指定取消を受けたことがある者がいる。	□いる ■いない
(2)受講者に対し、受給資格者証の交付確認、受講・修了証明書、領収書等の適正な発行、支給申請書等の交付等、専門実践教育訓練に係る事務等の適正な実施に関し協力をを行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(3)厚生労働省が行う調査、報告又は文書の提出の求めに応じるとともに、厚生労働省の助言及び指導を受け入れ、必要とされる対応を行う(又は行う予定である)。	■はい □いいえ
(4)指定講座の受講費用額を証明する書類の発行に当たっては、入学料及び受講料から割引、還元した額を控除した後の金額を記載している(又はする予定である)。	■はい □いいえ
(5)教育訓練実施者は、当該教育訓練の販売、募集、勧誘等の管理について全責任を有する。販売代理店等(名称及び契約関係の如何を問わず、当該教育訓練を販売する者のすべて。)が行う販売活動についても一切の責任を負う。	■はい □いいえ

9. 適正な実施の管理

教育訓練施設長(施設責任者)所属・氏名	(ふりがな) くんれん はじめ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 訓練 一	
	所属: 〇〇専門学校・学校長	
苦情受付者所属・氏名	(ふりがな) 〇〇 ××	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤) ■指導者との兼務なし
	氏名: 〇〇 ××	
	所属: 総務部 総務課	
事務担当者所属・氏名	(ふりがな) きょういく はなこ	勤務形態: ■直接雇用(■常勤 □非常勤)
	氏名: 教育 花子	
	所属: 教育部 教務事務課	

専門実践教育訓練実施状況調査票(変更内容票)

施設の名称	〇〇専門学校	指定講座番号	00000-000000-0
		移行前指定講座番号 <small>[専門実践教育訓練への移行希望のみ]</small>	
講座の名称	介護福祉・保育学科	専門様式第1号の仮番号	6001

1. 変更項目 ※変更する項目にチェックした上、必要事項を記入してください。

(1)教育訓練施設	<input type="checkbox"/> 変更あり (□名称 □所在地 □電話番号)※変更前について記載		
(2)教育訓練実施者(※)	[]		
(3)教育訓練講座の名	[]		
(4)訓練期間(※)	[]		
(5)総訓練時間(※)	[]		
(6)教育訓練目標(※)	[]		
(7)教育訓練経費(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり (□入学金 <input checked="" type="checkbox"/> 受講料 □支払方法) ※変更前の入学金: _____円、受講料: <u>1,240,000</u> 円(合計額) ※期ごとの内訳の変更があった場合も変更の手続きが必要です。		
(8)受講者要件(※)	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の要件 []		
(9)受講・修了認定基準(※)	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の基準 []		
(10)開講月	<input type="checkbox"/> 変更あり ※変更前の開講月 []		
(11)カリキュラム(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 変更あり ※主な変更部分 [○〇の講義を×時間減らし、△の講義を○時間にした。]		
(12)教室	<input type="checkbox"/> 変更あり (□名称 □所在地 □電話番号 □施設事務 □実施講座の追加 □教室の追加)		
(13)主任指導者	<input type="checkbox"/> 変更あり	(14)教材	<input type="checkbox"/> 変更あり
(15)施設責任者・苦情受付者・事務担当者	<input type="checkbox"/> 変更あり (□施設責任者 □苦情受付者 □事務担当者)		

様式8号の「1.変更項目」には、必ず**変更前の情報**を記載して下さい。
 また、様式1号(4/5)の「変更あり」へのチェックを必ず行ってください。
変更ありにチェックがないものについては、単なる記載誤りと判別できず、
 変更が受理されない可能性があります。

2. 変更の理由

上記1で(※)を付した項目について変更がある場合、項目ごとに、具体的な変更理由を記載してください。

①	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 <input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 □カリキュラム
	変更理由	実習方法変更のため。
②	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 □教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 <input checked="" type="checkbox"/> カリキュラム
	変更理由	△の理解度を高めるため。
③	変更項目	<input type="checkbox"/> 教育訓練実施者の名称 □講座名称 □訓練期間・時間 □教育訓練目標 □教育訓練経費 <input type="checkbox"/> 受講者要件 □受講・修了認定基準 □カリキュラム
	変更理由	

※ 本票は講座ごとに作成してください。ただし、施設・教室・訓練実施者の名称・所在地・電話番号、訓練実施者の代表者名、教室の施設事務の変更のみの場合は、1部で結構です。

指定講座等廃止届

印

施設の名称 〇〇専門学校
施設番号 〇〇〇〇〇 施設長(施設責任者)氏名 教育 太郎

厚生労働大臣 殿

雇用保険法第60条の2に基づく指定を受けている教育訓練に関し、下記のとおり廃止を届出いたします。

1. 廃止の内容 ※A～Cのいずれかにチェックの上、具体的内容を記入してください。

A 教室の廃止 : _____件

廃止する教室の名称	教室番号	廃止年月日
〇〇専門学校 浦和校	0005	平成 ○年 ○月 ○日
		平成 年 月 日

B 講座の廃止

廃止する講座の名称	指定講座番号	廃止年月日

廃止届けは、十分な余裕を持って提出して下さい。
また、現在の受講生や教育訓練給付の受給者に不利益が生じないよう配慮し、取扱を記載して下さい。

上記の講座

チェックすること

C 教室で実施する講座

教室名称	教室番号	廃止する講座の名称	指定講座番号	廃止年月日
〇〇専門学校 新宿校	0001	介護福祉科	〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇	平成 ○年 ○月 ○日
				平成 年 月 日

2. 廃止の理由

- (1)浦和校の廃止:受講者の減少のため。
- (2)新宿校の講座廃止:受講定員の増加に伴い、新宿南校で開講することとしたため。

3. 受講中の者に対する取扱い

- (1)浦和校:現在受講中の者全員が修了してから廃止予定。
- (2)新宿校:当該講座の受講生を新宿南校での受講継続を認める予定。
受講継続を希望しない者には、受講料残額を返金する。

作成担当者 所属・氏名	教育部教務事務課 教育 花子	Tel. 03-3502-xxxx Fax. 03-3502-xxxx
----------------	-------------------	--

※ 欄が足りない場合は、「別紙へ続く」と明記した上で、同様の様式により記載した別紙を添付してください。

販売活動等管理責任者の交代について(届出)

現在、指定期間中の下記教育訓練講座について、販売活動等管理責任者が交代することとなりましたので、その旨届出いたします。

指定講座番号 〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇-〇、〇〇〇〇〇-△△△△△△-〇

講座の名称：介護福祉・保育学科、美容学科通信コース

新管理責任者 所属：教務事務課長

氏名：〇〇〇〇

連絡先：03-3502-xxxx

交代年月日：平成 〇年 〇月 〇日

交代理由：
教務課長の交代のため

平成 〇年 〇月 〇日

厚生労働大臣 殿

施設名 〇〇専門学校

印

施設長 (施設責任者) の氏名 教育 太郎

販売活動等管理責任者の交代について、複数の指定講座の届出を行う場合、当該調査票の内容（販売活動等管理責任者の交代）が共通である場合は、対象の指定講座名等をすべて列記し（別添一覧での対応可能）、教育訓練施設として1枚の提出とすることも可能。

教育訓練経費の割引等の実施について(届出)

指定講座番号： 〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇、〇〇〇〇〇-△△△△△△-〇

講座の名称： 介護福祉・保育学科

当施設においては、下記の内容により、当該教育訓練に係る入学料及び受講料の割引又は還元等の措置を実施することとします。また、当該教育訓練に係る入学料及び受講料について割引又は還元等を行った場合には、当該入学料及び受講料から当該割引又は還元等に係る額を控除した額（以下「控除後の額」という。）が雇用保険法（昭和49年法律第116号）第60条の2第4項に規定する費用（以下「教育訓練経費」という。）となるものであることを十分に理解するとともに、当該教育訓練の受講のために支払った費用の額を証明することができる書類の発行に当たっては、当該控除後の額を、当該教育訓練に係る教育訓練経費として当該書類に適正に記入いたします。なお、本文書については、情報公開用文書として運用して差し支えありません。

記

①設定されている教育訓練経費の額： 124,000 円

②割引・還元等措置の具体的条件及び内容：

〇月〇日までの申し込みで、キャンペーン価格として10,000円を割引く。

③上記措置の実施時期：△△年×月×日～△△年〇月〇日

平成△△年 ×月 ×日

厚生労働大臣殿

施設名 〇〇専門学校

印

施設長（施設責任者）氏名 教育 太郎

*本届出は講座ごとに提出してください