

別紙様式 7

○	課程編成責任者	○	実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	中井 慎一
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H12.4～H22.8	老人保健施設 きのこ	③
H22.9～H23.6	有限会社ケアプロデュース RX組	③
H23.7～H27.2	まどか園	③
H27.4～H28.1.10	元町ふれあいセンター・府中ふれあいホームうかい	③
H28.1.11～現在	元町ふれあいセンター・府中ふれあいホームうかい ふれあいの家・教育研修部門 兼務/出向	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
H12.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	

別紙様式 7

	課程編成責任者		実 習 責 任 者
○	講 師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏 名	奥野 誠
-----	------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H10.4～H20.8	サンサンホーム	③
H20.9～H27.12	元町ふれあいセンター ショートステイ	③
H28.1～R1.7	府中ふれあいホームうかい	③
R1.8～	ふれあいの家	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

① 教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	② 専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③ 介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④ 社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤ 医師【医師業務】1年	⑥ 看護師等【看護業務】3年
⑦ 理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧ 行政職員【研修科目に関連する業務】3年	

特記事項
H14.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	23年4か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	小塩 貴司
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H13.4～H18.10	老人保健施設 せのがわ	③
H19.3～H20.2	小規模多機能施設 みのりの里	③
H20.3～H22.7	グループホーム えんじゅ久松台	③
H22.10～R2.6	短期入所生活介護 元町ふれあいセンター	③
R2.7～現在	グループホーム ふれあいの家	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
H13.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	19年5カ月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実 習 責 任 者
○	講 師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏 名	森 智子
-----	------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H4. 1. 15～H10. 3. 31	府中市民病院	⑥
H27. 3. 1～H30. 11. 9	ふれあい介護福祉士実務者研修	⑥
H29. 3. 3～現在	ふれあい教育・研修センター	⑥

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
H2.10 看護師取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
看護師	⑥	6年2か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講 師	○	実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏 名	森繁 浩治
-----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H11.3～H19.11	老人保健施設ビーブル春秋苑	③
H19.12～H21.6	老人保健施設ビーブルかなべ	③
H22.5.1～H25.9.30	元町ふれあいセンター ショートステイ	③
H25.10.1～H26.5.10	元町ふれあいセンター デイサービス	③
H26.5.11～現在	府中ふれあいホームうかい	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
H11.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	21年6か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	占部 厚行
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H20.7～H26.9	NPO法人 エルダーサポート協会	③
H26.10～H29.9	山源山乃花株式会社	③
H29.10.～R1.7	ふれあいの家	③
R1.8～R3.2	府中ふれあいホームうかい	③
R3.3～	ここから	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
H26.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	13年1か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講 師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏 名	藤原 香織
-----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H26. 4～H28. 11	高砂西部病院	⑥
H29. 9. 1～H29. 10. 30	通所介護 元町ふれあいセンター	⑥
H29. 11. 1～現在	認知症対応型共同生活介護 ふれあいの家	⑥

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

① 教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	② 専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③ 介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④ 社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤ 医師【医師業務】1年	⑥ 看護師等【看護業務】3年
⑦ 理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧ 行政職員【研修科目に関連する業務】3年	

特記事項
H26.4 看護師取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
看護師	⑥	6年5か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	福島 華菜
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H30.4～現在	短期入所生活介護 元町ふれあいセンター	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦		⑧	理学療法士等【リハビリ業務】3年		
⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年				

特記事項
H30.3 介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	3年3か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	有馬 聖太
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H27. 4. 1～H27. 6. 30	訪問介護 ヘルパーステーションふれあい 有料老人ホーム 府中ふれあいホームうかい	③
H27. 7. 1～H29. 5. 10	特定施設入居者生活介護 府中ふれあいホームうかい	③
H29. 5. 11～R1. 10. 30	短期入所生活介護 元町ふれあいセンター	③
R1. 11. 1～現在	特定施設入居者生活介護 府中ふれあいホームうかい	③

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年	⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年		

特記事項
介護福祉士取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
介護福祉士	③	6年3か月

別紙様式 7

	課程編成責任者		実習責任者
○	講師		実習指導責任者

講師・実習指導責任者等要件確認書

氏名	江木 利衣
----	-------

履歴（介護職員初任者研修の講師等要件に係る履歴のみ記入してください。）

年月日	勤務先（施設名・学校名）※1	担当業務・担当科目※2
H29.4～R3.3	公立みつぎ総合病院	⑥
R3.4～現在	有限会社アドバン 府中ふれあいホームうかい	⑥

※1 法人名ではなく事業所・学校の正式名称を記入すること。

※2 「担当業務・担当科目」は次表より該当する数字を記入し、①・②番を選択した場合は「科目名」も併せて記入すること。

①	教授等【研修科目に関連する授業・講義科目】1年	②	専任教員等【研修科目に関連する授業・講義科目】3年	③	介護福祉士【介護業務】資格取得後3年
④	社会福祉士【相談業務】資格取得後3年	⑤	医師【医師業務】1年	⑥	看護師等【看護業務】3年
⑦		⑧		⑦	理学療法士等【リハビリ業務】3年
⑧	行政職員【研修科目に関連する業務】3年				

特記事項
H29.4 看護師取得

上記の内容について、相違ありません。

令和 年 月 日

本人署名

注 講師等要件を証明する資格証・免許証等の写しを添付すること。

事業者使用欄

講師等要件（資格，免許）	実務経験	
	担当業務・科目	年数等
看護師	⑥	3年以上