

受入れ施設の要件遵守状況の報告 (病院)

(看護師候補者受入れ施設記載用)

【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
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

社団法人国際厚生事業団 殿

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 _____)

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

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

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 _____ 日

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 _____（ _____ ））

入所者数 _____ 人

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
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

受入れ機関名称

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。

受入れ機関住所

_____ 年 _____ 月 _____ 日

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号 _____)

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 就学時間 _____ 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
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
受入れ者番号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号	第 _____ 号
外国人登録番号	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
就学開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
養成課程修了予定年月日	西暦 _____ 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

(受付番号 _____)

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

年 _____ 月 _____ 日

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
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 (在留期限の満了する日)	第 _____ 号 西暦 年 月 日	第 _____ 号 西暦 年 月 日	第 _____ 号 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

受入れ機関名称

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。

受入れ機関住所

年 月 日

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