

## 講師履歴書

フリガナ 氏 名			上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。
生年月日	年 月 日		
自宅住所			
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名		
	住所		
	業務内容	( 年 月～現在)	
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任		
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許の名称		取得年月日
			年 月 日
	1		
	2		
3			
担当科目に 関連する職歴  ※教員の場合 は、学校名と 担当教科名	勤務先名称	職種	就 業 期 間
			年 月 ～ 年 月 ( 年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 ( 年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 ( 年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 ( 年 カ月)
			年 月 ～ 年 月 ( 年 カ月)
<p>大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日 (講師氏名) _____ ※3</p>			

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名 講師氏名

難病基礎課程Ⅱ

科目名	☑	講師要件(実務経験等)
Ⅰ 難病に関する行政施策(1時間)		
(1)難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
Ⅱ 難病に関する基礎知識(4時間)		
(2)難病の基礎知識Ⅱ (3時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3)難病患者の心理学的援助法 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
Ⅲ 難病に関する介護の実際(1時間)		
(4)難病に関する介護の事例検討等 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

※1 実務経験については○:実務経験5年以上 ◇:実務経験1年以上  
 ※2 福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は 当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

難病基礎課程Ⅰ

科目名	☑	講師要件(実務経験等)
Ⅰ 難病に関する行政施策(1時間)		
(5)難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
Ⅱ 難病に関する基礎知識(3時間)		
(6)難病の基礎知識Ⅰ (2時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(7)難病患者の心理及び家族の理解 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

難病入門課程

科目名	☑	講師要件(実務経験等)
Ⅰ 難病に関する行政施策(1時間)		
(8)難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ (1時間)	<input type="checkbox"/>	○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
Ⅱ 難病に関する基礎知識(3時間)		
(9)難病入門 (2時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇市町村障がい福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(10)難病患者の心理及び家族の理解 (1時間)	<input type="checkbox"/>	○医師 ○難病患者に対する相談援助業務を行っている者 ○難病患者に対する支援活動を行っている者 ○難病患者等ホームヘルプサービスに従事するホームヘルパー ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

記載例

(別添2-3)

講師履歴書

フリガナ 氏名	オオサカ タロウ		上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。
	大阪 太郎		
生年月日	昭和00年00月00日		
自宅住所	大阪府中央区・・・		
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名	学校法人〇〇会 〇〇大学	
	住所	大阪府中央区・・・	
	業務内容	社会福祉学部 教員 (平成28年4月～現在)	
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任		
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許		
	1 介護福祉士		
	2 介護支援専門員		
<p>当該事業所で、もっぱら研修講師として従事している場合は、「専任」として ください。「専任」の基準は、当該講師の全就業時間の5割以上であるか否かで 判断してください。 したがって、「専任」であっても、他の業務(例：事務職員)や他社で仕事に 従事している場合もあり、「兼務」は可能です。</p>			
担当科目に 関連する職歴  ※教員の場合 は、学校名と 担当教科名	当該研修の講師要件に関連しな い資格・免許の記載は不要です。		
		職種	就業期間
	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇	介護職員	平成20年4月～平成25年3月 (5年0ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
			年月～年月 (年ヵ月)
<p>大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解して いる。 以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和〇年〇月〇〇日 (講師氏名) <u>大阪 太郎</u> ※3</p>			

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。