別記様式１

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

登録申込書（ 新規 ）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介　殿

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録制度運用要綱を承諾のうえ、申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名\* | 印 | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　女 |
| 住（居）所 |  | | |
| 連絡先 | （ＴＥＬ） 　　　　　　　 （携帯電話）    （E-mailアドレス） | | |
| 主な活動拠点\* |  | | |
| 〔登録希望理由〕 | | | |
| 対応可能  対象国 | * 対応可能な国を、〇で囲んでください（複数選択可）   フィリピン ・ インドネシア ・ ミャンマー ・ ベトナム ・ 中国 | | |
| 登録希望  区分 | * 登録を希望する区分をチェックしてください（複数選択可）   □ 区分1：施設支援アドバイザー　（介護保険事業者、社会福祉施設等に対する支援を行うアドバイザー）  □ 区分2：外国人介護従事者支援アドバイザー（外国人介護従事者に対する支援を行うアドバイザー）  □ 区分3：受入促進アドバイザー　（本会の該当実施に対する助言等を行うアドバイザー） | | |
| 応募資格 | **《共通項目》※ 確認の上、☑チェックをしてください。**   * 個人として登録するとともに、営利を目的として活動は行わない。 * 大分県内に在住である、若しくは県外在住であっても、本会の要請に応じて会議、協議の場などへ参画することが可能。 * パソコンを使用し、メール、資料作成等が可能。 * 希望する対象国を主としつつも、必要に応じて他国に関する取組みにも協力できること。   **《個別項目》※ 登録を希望する区分のみ、☑チェックをしてください。**   * 次のⅠの要件を満たすとともに、Ⅱ～Ⅳの要件のうちいずれかに該当すること。   ★但し、ここでいう「対象国」とは、登録に際して「対応が可能」として選択をした国を指す。     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **施設支援アドバイザー** | | | **外国人介護従事者支援**  **アドバイザー** | | | **受入促進アドバイザー** | | | | □ | Ⅰ  必須 | 技能実習・特定技能・留学など、外国人介護人材を受け入れるための制度等を十分理解し、手続きや必要な準備等について説明や助言ができる。 | □ | Ⅰ  必須 | 集合研修(※1)の4つのカリキュラムを受講し、その後、県内の対象施設に訪問型で研修のフォローアップが可能。 | □ | Ⅰ  必須 | 対象国への渡航歴が5回以上あり、現地の状況に精通している。 | | □ | Ⅱ | 介護保険事業、社会福祉事業に造詣が深い。 | □ | Ⅱ | 対象国の言語が扱うことが可能。 (文字が読める、日常会話程度の言語が扱える) | □ | Ⅱ | 対象国の言語が扱うことが可能。 (文字が読める、日常会話程度の言語が扱える) | | □ | Ⅲ | 対象国内の企業・団体との連絡調整が可能。 | □ | Ⅲ | 対象国の文化や歴史、国民性などを十分に理解している。 | □ | Ⅲ | 対象国内の企業・団体との連絡調整が可能。 | | □ | Ⅳ | 対象国内の最新情報の収集及び本会への随時の提供が可能。 | □ | Ⅳ | 学習支援に適した資格を所有している、もしくは学習支援等の経験を有する。 | □ | Ⅳ | 対象国内の最新情報の収集及び本会への随時の提供が可能。 | | | |
| 特筆すべき点\* |  | | |
| 所有資格\* |  | | |

【留意事項】・特筆すべき点については、自己のPRポイントを記載ください（ない場合は記入不要）。

・所有資格については、資格証等の写しを添付すること。

・\*印の付いた項目は、ホームページで公開する場合があるので了承のこと。

**・対象国を複数選択し、各国で応募資格や登録区分が異なる場合は、対象国ごとに作成ください。**

別記様式１－２

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録申込書（ 変更・更新 ）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介　殿

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザーとして登録している事項に変更が生じたので以下のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 第　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | 印 |
| 住（居）所\* |  |
| 連絡先 | （ＴＥＬ） （携帯電話）  （E-mailアドレス） |
| 主な  活動拠点\* |  |
| 〔変更・更新申込理由〕 | |
| 〔活動実績〕 | |
| 対応可能  対象国 | * 対応可能な国を、〇で囲んでください（複数選択可）。   フィリピン ・ インドネシア ・ ミャンマー ・ ベトナム ・ 中国 |
| 登録希望  区分 | * 登録を希望する区分を☑チェックしてください（複数選択可）。   □ 区分1：施設支援アドバイザー（介護保険事業者、社会福祉施設等に対する支援を行うアドバイザー）  □ 区分2：外国人介護従事者支援アドバイザー（外国人介護従事者に対する支援を行うアドバイザー）  □ 区分3：受入促進アドバイザー（本会の該当実施に対する助言等を行うアドバイザー） |
| 応募資格 | **《共通項目》※ 確認の上、☑チェックをしてください。**   * 個人として登録するとともに、営利を目的として活動は行わない。 * 大分県内に在住である、若しくは県外在住であっても、本会の要請に応じて会議、協議の場などへ参画することが可能。 * パソコンを使用し、メール、資料作成等が可能。 * 希望する対象国を主としつつも、必要に応じて他国に関する取組みにも協力できること。   **《個別項目》※ 登録を希望する区分のみ、☑チェックをしてください。**   * 次のⅠの要件を満たすとともに、Ⅱ～Ⅳの要件のうちいずれかに該当すること。   ★但し、ここでいう「対象国」とは、登録に際して「対応が可能」として選択をした国を指す。     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **施設支援アドバイザー** | | | **外国人介護従事者支援**  **アドバイザー** | | | **受入促進アドバイザー** | | | | □ | Ⅰ  必須 | 技能実習・特定技能・留学など、外国人介護人材を受け入れるための制度等を十分理解し、手続きや必要な準備等について説明や助言ができる。 | □ | Ⅰ  必須 | 集合研修(※1)の4つのカリキュラムを受講し、その後、県内の対象施設に訪問型で研修のフォローアップが可能。 | □ | Ⅰ  必須 | 対象国への渡航歴が5回以上あり、現地の状況に精通している。 | | □ | Ⅱ | 介護保険事業、社会福祉事業に造詣が深い。 | □ | Ⅱ | 対象国の言語が扱うことが可能。 (文字が読める、日常会話程度の言語が扱える) | □ | Ⅱ | 対象国の言語が扱うことが可能。 (文字が読める、日常会話程度の言語が扱える) | | □ | Ⅲ | 対象国内の企業・団体との連絡調整が可能。 | □ | Ⅲ | 対象国の文化や歴史、国民性などを十分に理解している。 | □ | Ⅲ | 対象国内の企業・団体との連絡調整が可能。 | | □ | Ⅳ | 対象国内の最新情報の収集及び本会への随時の提供が可能。 | □ | Ⅳ | 学習支援に適した資格を所有している、もしくは学習支援等の経験を有する。 | □ | Ⅳ | 対象国内の最新情報の収集及び本会への随時の提供が可能。 | |
| 特筆  すべき点\* |  |
| 所有資格\* |  |

【留意事項】・別記様式１に準ずること

第　　　　　号

別記様式２

　年　　月　　日

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

登録証（　新規・更新　）

　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人

大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介

　外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録制度運用要綱第７－３に基づき、登録証を交付する。なお、登録内容は下記のとおりとする。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 登録区分 |  |
| 連絡先 | （ＴＥＬ）  （E-mailアドレス） |
| 活動拠点 | ○○市 |
| 備考 |  |

別記様式３

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

登録抹消願

　　年　　月　　日

　社会福祉法人 大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介　殿

　 　　　　 　　　（住　　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　　　　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（）

　私は、外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録制度運用要綱第７－５の規定により、下記のとおり登録の抹消を希望しますので届け出ます。

記

　１　登録抹消年月日

　　年　　月　　日

　２　抹消を希望する理由

別記様式４

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

登録抹消通知

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 社会福祉法人

大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介

　　貴殿は、「外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録制度運用要綱」第９に規定する欠格事項に該当するため、登録の抹消を行いましたので通知します。

記

　１　登録抹消年月日

　　年　　月　　日

　２　抹消理由

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー登録制度運用要綱」第９に該当する行為があったため

別記様式５

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介　殿

　　　　　　　　　年　　月　　日

（住　　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　（氏　　　　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（）

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

活動実績報告書

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザーとしての活動実績について、次のとおり報告します。

○活動実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | |  | |
| 業務実施日程 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | |
| 活  動  実  績 | 活動日 | | 年　　月　　日 |
| 活動時間 | | ○○：○○　～　○○：○○ |
| 活動場所 | |  |
| （主な活動内容） | | |
| （意見・要望等） | | |

※活動実績が複数ある場合には、別紙で一覧の添付を可とする。

※本報告書は、電子ファイルでの提出を可とする。

別記様式６

外国人介護人材受入・定着支援アドバイザー

経費支払口座等申出書

　　年　　月　　日

　社会福祉法人 大分県社会福祉協議会

会長　草野　俊介　殿

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　印

登録番号

　外国人介護人材受入・定着支援アドバイザーにかかる経費（報償費・旅費等）の振込先口座、及び旅費計算上の参考事項について、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）振  込  先  口  座 | 申出区分 | 新　規　・　変　更　・　取　消 |
| 金融機関名 |  |
| 本支店名 | 本・支店 |
| 口座番号 | 普通・当座　（　　　　　　　　　　　　） |
| （フリガナ）  口座名義人  （本人名義の口座） |  |
| （２）  旅  費  計  算  上  参  考  事  項 | 勤務先（所属）名 |  |
| 勤務先（所属）  所在地 |  |
| 最寄りバス停 | 勤務先  自　宅 |
| 通常活動時の出発地 | 勤　務　先　・　自　　　宅 |

※　振込先通帳の表紙のコピーを添付してください。