

新潟県認知症介護実践者等養成事業実施要綱 新旧対照表

改正	現行
<p>新潟県認知症介護実践者等養成事業実施要綱</p> <p>本文 (略)</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成18年9月4日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成19年5月11日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成24年8月15日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成26年10月22日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成27年6月23日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成28年4月25日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和3年10月29日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和4年3月30日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p> <p><u>附 則</u> <u>(施行期日)</u> <u>本要綱は、令和8年4月1日から施行する。</u></p> <p>(別紙1-1) ~ (別紙2) (略)</p>	<p>新潟県認知症介護実践者等養成事業実施要綱</p> <p>本文 (略)</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成18年9月4日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成19年5月11日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成24年8月15日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成26年10月22日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成27年6月23日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成28年4月25日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、平成29年4月1日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和3年10月29日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和4年3月30日から施行する。</p> <p>附 則 (施行期日) 本要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p> <p>(別紙1-1) ~ (別紙2) (略)</p>

**新潟県認知症介護実践者等養成事業実施要綱 新旧対照表**

改 正

現 行

(別紙3)

第 号

(元号) 年 月 日

新潟県知事

様

所管市町村の長

推 薦 書

以下の者の研修受講について、事業所の状況等を精査した結果、研修を受講することにより指定基準等を満たす事業所であるので特段の配慮をお願いしたい。

受講させたい研修			
推薦する者	氏名		
	事業所名	名称	
		住所：〒	
		電話：                      FAX：	
	経験年数		
既に修了した研修	研 修 名	修了年月	
		( 年 月)	
		( 年 月)	
研修を受講することにより基準を満たす事由等	<input type="checkbox"/> 新規開設予定 (開設年月：(元号) 年 月)		
	<input type="checkbox"/> 急な退職等による人員変更 (着任年月：(元号) 年 月、事由： )		
	<input type="checkbox"/> 本研修の受講を条件に減算されていないため		
	<input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護費の新規算定 (実践リーダー研修)		
	<input type="checkbox"/> その他特殊事由(内容を下欄に記載のこと) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
研修を受講することにより基準を満たす職名等	<b>【サービス種別】</b> <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護		
	<b>【基準を満たす職名等】</b> <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護		

(別紙3)

第 号

(元号) 年 月 日

新潟県知事

様

所管市町村の長

印

推 薦 書

以下の者の研修受講について、事業所の状況等を精査した結果、研修を受講することにより指定基準等を満たす事業所であるので特段の配慮をお願いしたい。

受講させたい研修			
推薦する者	氏名		
	事業所名	名称	
		住所：〒	
		電話：                      FAX：	
	経験年数		
既に修了した研修	研 修 名	修了年月	
		( 年 月)	
		( 年 月)	
研修を受講することにより基準を満たす事由等	<input type="checkbox"/> 新規開設予定 (開設年月：(元号) 年 月)		
	<input type="checkbox"/> 急な退職等による人員変更 (着任年月：(元号) 年 月、事由： )		
	<input type="checkbox"/> 本研修の受講を条件に減算されていないため		
	<input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護費の新規算定 (実践リーダー研修)		
	<input type="checkbox"/> その他特殊事由(内容を下欄に記載のこと) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>		
研修を受講することにより基準を満たす職名等	<b>【サービス種別】</b> <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護		
	<b>【基準を満たす職名等】</b> <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 短期利用共同生活介護		