

鳥取県就労移行支援事業所職員スキルアップ研修謝金等支給要領

(趣旨)

第1条 この要領は、県内障害者就業・生活支援センターが推薦する、県内の就労移行支援事業所（以下「県内事業所」という。）の職員に係る県外の先進的な取組を行っている就労移行支援事業所（以下「県外事業所」）での研修に伴う謝金（以下「研修謝金」という。）及び当該研修に伴う奨励金（以下「研修奨励金」という。）の支給に関して必要な事項を定めるものとする。

(研修期間)

第2条 研修の期間は、5日以内とする。

(研修の手続)

第3条 研修の実施に係る手続は、次に定めるとおりとする。

(1) 障がい福祉課への推薦

県内障害者就業・生活支援センターは、研修を受けることが適当と認める者を推薦書（様式第1号）により、障がい福祉課長に推薦するものとする。

なお、県内障害者就業・生活支援センターは、鳥取県は研修に係る傷害保険等には加入しない旨を、推薦者に事前に説明を行うものとする。

(2) 研修内容の登録

県内障害者就業・生活支援センターは、当該研修受入先となる県外事業所を、研修内容登録受諾書（新規・変更）（様式第2号）により、障がい福祉課長に研修内容を登録するものとする。なお、登録内容に変更が生じたときは、同様式により速やかに障がい福祉課長に変更後の研修内容を登録するものとする。

(3) 研修の決定

障がい福祉課長は、推薦書等に基づき研修を受ける者（以下「研修受講者」という。）及び当該研修受講者に係る研修実施県外事業所を決定したときは、それぞれに通知するものとする。

(4) 研修の開始

研修は、研修決定の日以降に開始するものとする。

(5) 研修の実施

研修の実施については、次のアからウまでに掲げる手順で行うものとする。

ア 研修受講者は、研修日ごとに、受講カード（様式第3号）の研修実施状況確認欄の当該日分に押印、記名等の方法により、受講の記録を行う。

イ 研修最終日に、研修実施県外事業所は受講カードの内容を確認し、研修実施県外事業所を運営する法人はこれに記名・押印する。

ウ 研修終了後、研修受講者は受講カード及び口座振込依頼書（様式第4号）を、研修実施県外事業所は口座振込依頼書（様式第5号）を障がい福祉課長に提出する。

(6) 実習の中止

研修決定後、研修が全く行われない段階で研修を中止する場合は、研修実施県外事業所の都合による場合は様式第6号、研修受講者の都合による場合は様式第7号により、それぞれ辞退届を障がい福祉課長に提出するものとする。

2 前項に定める書類の提出及び通知は、当該障害者就業・生活支援センターを経由して行うものとする。

(研修謝金及び研修奨励金の支給)

第5条 障がい福祉課長は、研修の受入れを行った研修実施県外事業所に対し研修謝金を、研修受講者に対し研修奨励金をそれぞれ支払う。

2 研修謝金は研修日数に応じて、研修奨励金の額は、研修実習受講者の旅費に相当する額について、それぞれ次に定める金額とする。

(1) 研修謝金 1日当たり10,000円

(2) 研修奨励金 県の旅費規程に基づき算出した額と次の上限額を比較していずれか低い金額
額
上限額 130,000円

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか、研修謝金等の支給に関して必要な事項については別途障がい福祉課長が定める。

附 則

この要領は、平成29年5月29日から施行する。

様式第1号

平成 年 月 日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課
課長 ○○ ○○ 様

障害者就業・生活支援センター○○○
所長 ○○ ○○

鳥取県就労移行支援事業所職員スキルアップ研修派遣支援事業にかかる推薦者について

下記の者を標記事業の参加者として推薦します。

記

氏名	
所属	
研修期間 (予定)	
研修場所	
研修内容	
宿泊地	

様式第2号

研修内容登録受諾書（新規・変更）

平成 年 月 日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長 様

次のとおり、研修の受入登録を受諾します。

〔研修を実施する就労移行支援事業を運営する法人〕	
〒	—
住所	
法人名、代表者名	㊟
〔就労移行支援事業所名、住所及び連絡先〕	
〒	—
住所	
事業所名	
電 話	()
ファクシミリ	()
〔研修内容〕	
〔研修期間〕 平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	
〔担当者〕	
課係名：	
氏 名：	
連絡先： ()	

※ 変更の場合は、〔研修を実施する就労移行支援事業を運営する法人〕、〔実習実施場所の名称〕及び変更する項目のみ記載すること。

受講カード

※ 研修実施状況確認欄には、研修受講者が押印、記名等により、受講の記録を行ってください。

研修実施事業所：

研修受講者氏名：

研修期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

研修実施状況確認欄

() 月

曜日→							
研修受講者印 →	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

() 月

1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					

上記のとおり、 日間の研修を実施したことを証明します。

平成 年 月 日

研修実施県外事業所を運営する法人

名 称

代表者の職・氏名



口座振込依頼書

振込先銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____

振込口座 _____ 預金種別 _____ 口座 _____

口座番号 _____

(フリガナ)

口座名義 _____

※フリガナは必ず記入してください。

振込金の内容 _____ 研修者金 _____

研修謝金を上記預金口座に振り込んでください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

氏 名

□

鳥取県知事
(障がい福祉課)

様

辞退届 (研修実施県外事業所用)

平成 年 月 日

研修実施事業所を運営する法人
名 称

代表者の職氏名



平成 年 月 日付第 号で (研修受講者氏名) の実習を依頼されたことについて、下記の事情により辞退します。

記

辞退届（研修受講者用）

平成 年 月 日

研修受講者氏名



平成 年 月 日付第
事情により辞退します。

号で研修受講者として決定されたことについて、下記の

記