

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター講師派遣事業要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、恵庭市における医療・介護連携の推進及び関係職員の知識及び技術の向上を目的とし、恵庭市内の介護事業所等に対する専門職等の派遣及び当該派遣に要する費用（以下「報償費」という。）の負担に関し、必要な事項を定める。

(派遣の申し込み)

第2条 講師の派遣を受けようとする事業所の代表者（以下「申込者」という。）は、派遣を受けようとする日から2か月前までに、講師派遣申込書（第1号様式）により申し込むものとする。

(派遣先の決定)

第3条 当センターは、前条の規定による申し込みがあった時は、その内容を審査し、派遣の決定について、その旨を講師派遣決定通知書（第2号様式）により申込者に通知するものとする。

(講師の派遣回数)

第4条 派遣決定事業所への講師の派遣は、事業年度中1回の派遣を原則とする。

(講師の決定)

第5条 第3条の規定により派遣する講師を決定するときは、当センターが協力機関と調整を行い決定する。この場合において、センター長は講師及び講師の所属の長に対し、講師派遣依頼書（第3号、第4号様式）により依頼するものとする。

(活動完了報告)

第6条 申込者は、当該派遣対象活動の完了後2週間以内に、派遣活動完了報告書（第5号様式）をセンター長に提出するものとする。

(報償費の支払い)

第7条 当センターは、派遣活動完了報告書を受け取った日から2週間以内に、当該講師に対し報償費を支払うものとする。

(報償費の負担額等)

第8条 講師の報償費及び派遣決定事業所の負担金は、別表第2に掲げるとおりとする。

附則

(施行期日)

1 この要綱は、令和2年1月29日から施行する。

別表第1

専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、薬剤師 (上記以外の職種については要相談)

別表第2

講師に対する報償費の負担額等

報償費	1回 10,000円（事業所は1/2を負担する）
1回あたりの時間	60分～90分
報償費に含まれるもの	講師料、資料代、交通費

講師派遣申込書

令和 年 月 日

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター長 様

事業所名 _____

代表者名 _____

担当者名 _____

所在地 _____

電話番号 _____ (FAX)

E-mail _____

次のとおり講師派遣を申し込みます。

研修テーマ・目的	希望する職種
<p>【テーマ】</p> <p>【研修目的】</p>	

(貴機関で企画されている事業のご予定をご記入ください)

<p>研修日時 (派遣希望日時)</p>	<p>第一希望 年 月 日 () : ~ :</p> <p>第二希望 年 月 日 () : ~ :</p> <p>第三希望 年 月 日 () : ~ :</p>
<p>会場</p>	<p>会場名</p>
	<p>住所</p>
<p>対象 (職種・人数等)</p>	
<p>利用可能機器に<input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> プロジェクター</p>

講師派遣決定通知書

令和 年 月 日

(申込者) 様

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター
センター長 貝嶋 光信

先に申し込みのあった講師の派遣依頼について、次のとおり派遣することとしたので通知します。

記

1 派遣研修会名等

2 派遣日時

3 派遣講師
所属
職種
氏名
連絡先

4 派遣の条件

講師報酬（10,000円）のうち1/2は申込者の負担とします

担当

電話 0123-36-0101

FAX 0123-37-5066

講師派遣依頼書

令和 年 月 日

(講師名) 様

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター
センター長 貝嶋 光信

講師の派遣希望の申し込みがありましたので、次のとおり依頼します。

記

- 1 申込団体 : 団体名
代表者名
- 2 派遣依頼日時 : 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
派遣場所 :
- 3 依頼内容
別紙の講師派遣申込書のとおり
- 4 その他
講師報酬として、1回あたり10,000円をお支払いします。

担当

電話 0123-36-0101
FAX 0123-37-5066

講師派遣依頼書

令和 年 月 日

(所属長) 様

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター
センター長 貝嶋 光信

貴所属の(職氏名)様に次のとおり講師として派遣の申し込みがありましたので、ご配慮
くださるようお願いいたします。

記

- 1 申込団体 : 団体名
代表者名
- 2 派遣依頼日時 : 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
派遣場所 :
- 3 依頼内容
別紙の講師派遣申込書のとおり
- 4 その他
講師報酬として、1回あたり10,000円をお支払いします。

担当

電話 0123-36-0101
FAX 0123-37-5066

講師派遣活動完了報告書

令和 年 月 日

恵庭市在宅医療・介護連携支援センター長 様

団体名
代表者

令和 年 月 日付け講師派遣申込みした事業について、次のとおり実施したので報告します。

記

実施日時	令和 年 月 日 () : ~ :
講師名	
実施場所	
参加人数	職種 : 人数 : 人
講習等内容	テーマ : 方法 :
参加者の反応・事業の効果等	
備考	

* 終了後2週間以内にメールまたは郵送にて提出してください

提出先 : 恵庭市在宅医療・介護連携支援センター
〒061-1373 恵庭市恵み野西2丁目3-4 恵み野ケアサポート内
Eメール enw-ikrcenter@megumino.or.jp