

# 요양보호사 직무교육기관 지정신청 방법

★ 최근 1년간 요양보호사 자격시험 응시인력이나 요양보호사 직무능력향상 관련 교육실적이 있어야 지정 신청 가능

## ① 요양보호사 자격시험 응시인력

☞ 사전에 건강보험공단(관할 지사)에 확인 요청

## ② 요양보호사 직무능력 관련 교육실적

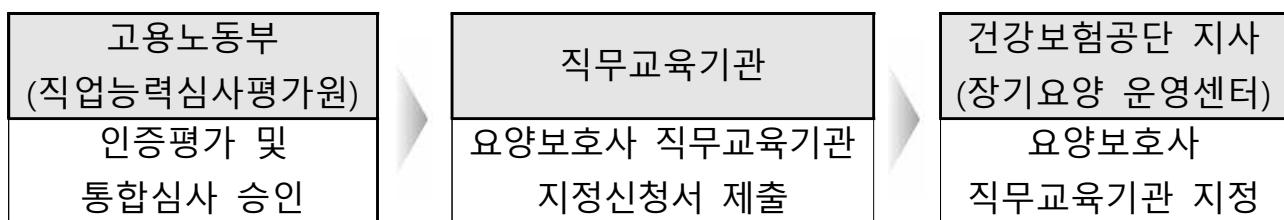
☞ 교육기관이 고용노동부(한국산업인력공단)에 제출한 「훈련수료자 보고서」(참고 자료 4)를 건강보험공단(관할 지사)에 증빙서류(교육기관장 직인 날인)로 제출

※ 최근 1년간 기준일 : 지정신청서 제출 일부터 역산

## □ 실시근거

- 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제11조(종사자 처우개선 등)
- 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항」 제4조(요양보호사 직무교육 신청절차 및 방법 등)
  - (게시위치) 노인장기요양홈페이지([www.longtermcare.or.kr](http://www.longtermcare.or.kr))/알림·자료실/자료실/법령자료실/60056번

## □ 직무교육기관 지정신청



※ 고용보험 훈련비용 지원과정으로 고용노동부 인증평가, 통합심사 관련 절차는 해당기관으로 문의(직업능력심사평가원: 1644-5113)

## 1) 고용노동부 인증평가 및 통합심사 승인

직무교육기관으로 지정받고자 하는 교육기관은 고용노동부장관(직업능력심사평가원)의 인증평가 및 통합심사 승인을 받아야 함

## 2) 요양보호사 직무교육기관 지정신청

- 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시·세부사항」의 [별지 제3호서식] 요양보호사 직무교육기관 지정신청서 및 첨부서류를 관할 공단지사(운영센터)에 접수
  - 서류 누락 또는 제출 내용이 사실과 다른 경우 반려

※ 반드시 강사요건을 확인할 수 있는 경력증명서 등 서류 제출

  - 본인(대표자) 신청 : 본인(대표자) 신분증
  - 대리인 신청 : 신청인(대표자) 신분증, 대리인 신분증, 위임장 지참

※ 코로나19로 인해 우편 및 팩스 신청 한시적 허용

### < 강사요건 >

#### ◆ 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 제4조②항2

직무교육기관의 강사인력은 2명 이상을 두어야 하며 강사인력의 자격요건은 다음의 어느 하나에 해당하여야 한다.

- 가. 1급 사회복지사로서 노인복지 분야 업무경력이 3년 이상인 자
- 나. 사회복지 및 노인복지 분야 석사학위 이상인 자로서 해당 업무경력이 3년 이상인 자
- 다. 기관의 시설장 또는 관리책임자(복지용구 제외)로서 업무경력이 5년 이상이면서 학사학위 이상인 자
- 라. 의사(한의사), 간호사 및 물리(작업)치료사로서 업무경력이 3년 이상인 자
- 마. 고등교육법에 따른 대학·산업대학·전문대학에서 사회복지학, 노인복지학, 간호학 및 물리(작업)치료학을 강의하는 자 또는 최근 3년 이내 강의 이력이 있는 자
- 바. 장기요양 업무에 종사한 경력이 3년 이상이면서 학사학위 이상을 가진 공단 직원이거나 직원이었던 자

### < 첨부서류 >

#### 1. 신분증

가. 본인이 신청하는 경우 : 본인 신분증 1부

나. 대리인이 신청하는 경우 : 신청인 신분증, 대리인 신분증, 위임장 각 1부

#### 2. 교육기관 지정서 또는 신고증 1부

#### 3. 직업능력개발훈련기관 인증평가결과 또는 훈련과정 인정을 확인할 수 있는 자료 1부

#### 4. 강사요원 현황(붙임서식) 및 학위증명서, 경력증명서 등 증빙서류 1부

#### 5. 고유번호증 또는 사업자등록증 사본 1부

#### 3) 요양보호사 직무교육기관 지정 및 지정서 발급

- 지정서 제출한 날부터 14일 이내에 지정서 발급
- 지정서는 우편발송 또는 대표자가 지사에 방문 수령

붙임 1. (참고자료1) 요양보호사 직무교육기관 지정신청서

2. (참고자료2) HRD-Net 인증평가결과 화면

3. (참고자료3) HRD-Net 통합심사결과 화면

4. (참고자료4) 훈련수료자보고서

## 【참고자료 1】

### 요양보호사 직무교육기관 지정신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일자	처리기간	14일
① 신청인(대표자)	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	전자우편
② 직무교육기관명			
③ 법인등록번호	—	④ 법인명	
⑤ 고유번호 (사업자등록번호)			⑥ 훈련기관 관리번호
⑦ 교육기관 구분	[ ] 노인복지법에 따른 교육기관 [ ] 그 외 법령에 따른 교육기관 [ ] 공단		
⑧ 소재지	주소		
	전화번호		팩스번호

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제11조제3항에 따라 위와 같이 요양보호사 직무교육기관 지정을 신청합니다.

년      월      일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장      귀하

첨부서류	1. 신분증 가. 본인이 신청하는 경우 : 본인 신분증 1부 나. 대리인이 신청하는 경우 : 신청인 신분증 1부, 대리인 신분증 1부, 위임장 1부 2. 교육기관 지정서 또는 신고증 1부 3. 직업능력개발훈련기관 인증평가결과 또는 훈련과정 인정을 확인할 수 있는 자료 1부 4. 강사요원 현황(붙임서식) 및 학위증명서, 경력증명서 등 증빙서류 1부 5. 고유번호증 또는 사업자등록증 사본 1부	수수료 없음
------	---	-----------

위 본인은 직무교육기관의 대표자로서 직무교육기관의 운영에 관하여 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항」 제4조에서 정한 의무를 다할 것과 직무교육기관으로 지정받은 후 국민건강보험공단이 운영하는 인터넷 홈페이지([www.longtermcare.or.kr](http://www.longtermcare.or.kr))에 직무교육기관회원으로 가입하여 직무교육일정 등을 성실히 게시할 것을 서약합니다.

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

강사요원 현황

## 작성방법 및 유의사항

- ① 신청인(대표자)의 성명, 주민등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
  - ② 지정받으려는 직무교육기관의 명칭을 적습니다.
  - ③·④ 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호 및 법인명을 적습니다.
  - ⑤ 기관의 고유번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.
  - ⑥ 기관의 훈련기관관리번호를 적습니다.
  - ⑦ 교육기관 구분항목의 해당되는 곳에 표기합니다.
  - ⑧ 직무교육기관의 주소, 전화번호, 팩스번호를 적습니다.
  - ⑨ 자격증 또는 면허의 종류를 적습니다.

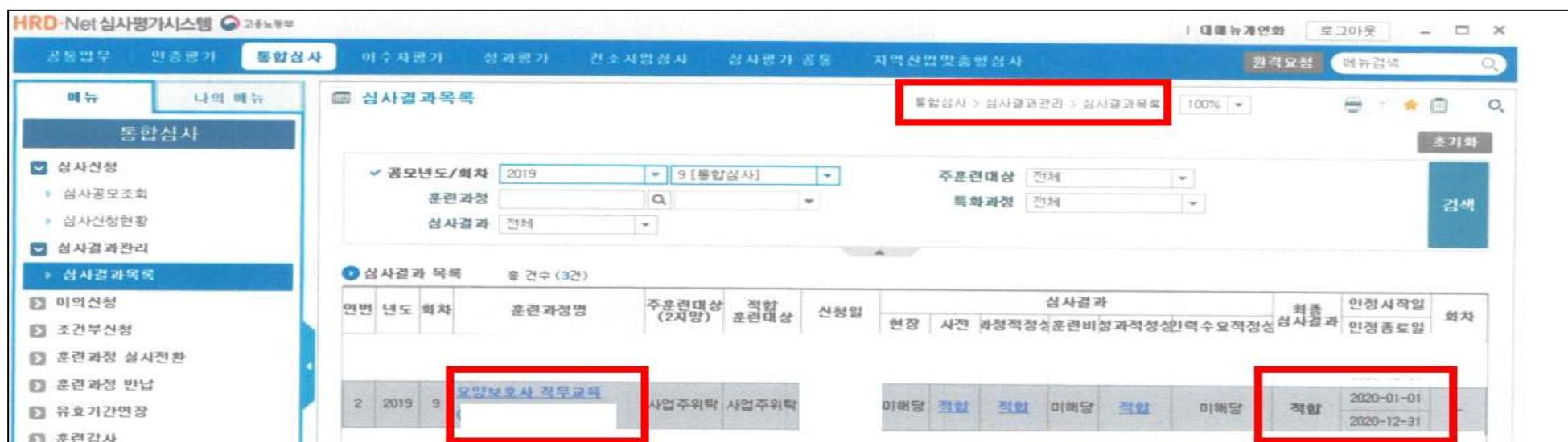
※ 자격(면허)의 종류는 다음과 같습니다.

  - 1. 사회복지사 1급, 2. 의사(한의사), 3. 간호사, 4. 물리치료사, 5. 작업치료사
  - ⑩ 자격증 또는 면허의 번호를 적습니다.
  - ⑪ 전임, 시간제로 구분하여 적습니다.
  - ⑫ 기관 입사 일자를 연월일로 적습니다.

## 【참고자료 2】 < HRD.Net 인증평가결과 화면 - 견본 >



## 【참고자료 3】 < HRD.Net 통합심사결과 화면 - 견본 >



## 【참고자료 4】 훈련수료자보고서

■ 사업주 작업능력개발훈련 지원규정【별지 제3호서식】 <개정>

(앞쪽)

### 훈련수료자 보고서

① 훈련기관명			② 훈련기관 인증평가등급	
③ 훈련과정명	요양보호사직무교육		④ 인정일자	
⑤ 훈련방법	<input checked="" type="checkbox"/> 집체 <input type="checkbox"/> 현장 <input type="checkbox"/> 혼합 <input type="checkbox"/> 원격 ( <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 스마트)		⑥ 훈련주체	<input type="checkbox"/> 자체 <input checked="" type="checkbox"/> 위탁 <input type="checkbox"/> 자체 + 위탁
⑦ 훈련실시기간			⑧ 훈련일수	1일 8시간
⑨ NCS직종코드	요양지원 (06010108)		⑩ 한국고용직업분류 (KECO)코드	요양 보호사 및 간병인 (5501)
⑪ 정원/학급 수			⑫ 유급휴가훈련 여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input checked="" type="checkbox"/> 비해당
⑬ 실시인원	전체인원 : 3(비용지원대상 : 명, 지원 외 인원 : 명)			
⑭ 합숙여부	<input type="checkbox"/> 제공 <input checked="" type="checkbox"/> 비제공		⑮ 식사 제공 여부	<input checked="" type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 비제공

#### (1.6) 훈련생 명단(훈련실시 신고 된 인원 중 수료자)

성명	주민 등록 번호	소속 사업장 명	훈련생 구분	훈련 실시 사업장 명	훈련 유형	휴대 전화/ E-mail	수료 여부	실 훈련비용			
								훈련비	식비	기술사 비	임금, 훈련 수당

# 상세내역은 별첨참조

210mm×297mm[백상지 80g/m<sup>2</sup>]