

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

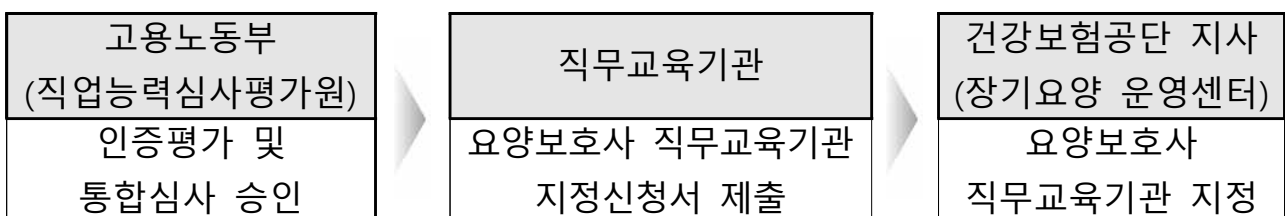
☞ 교육기관이 고용노동부(한국산업인력공단)에 제출한「훈련수료자 보고서」(참고 자료 4)를 건강보험공단(관할 지사)에 증빙서류(교육기관장 직인 날인)로 제출

※ 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)/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 이상 이면서 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 주소	주민등록번호 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)에 직무교육기관회원으로 가입하여 직무교육일정 등을 성실히 게시할 것을 서약합니다.

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

강사요원 현황

연번	성명	생년월일	⑨ 자격종류 (면허종류)	⑩ 자격번호 (면허번호)	자격증 취득일	⑪ 근무형태	⑫ 기관 입사일

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 >

최종평가결과조회

인증평가 > 평가 최종결과 > 최종평가결과조회 100%

평가년도/회차: 2019 전체 과정형태: 집체 평가대상: 전체 평가등급: 전체

최종평가등록 목록 총 건수 (1건)

연번	훈련기관명	기관구분	평가유형	지역	평가등급	우수기관	우수기관 취소사유	기관건전성평가			역량가 점수	훈련과 점수	실업자 점수	인정 점수
								기관 건전성 점수	준법성	재정 건전성				
1		정체 기관	신규		1년인증			0	0	0		0	0	

【참고자료 3】 < HRD.Net 통합심사결과 화면 - 견본 >

HRD-Net 심사평가시스템

통합심사 > 심사결과관리 > 심사결과목록 100%

공모년도/회차: 2019 9 [통합심사] 주훈련대상: 전체 특화과정: 전체

심사결과 목록 총 건수 (3건)

연번	년도	회차	훈련과정명	주훈련대상 (2지망)	적합 훈련대상	신청일	심사결과						최종 심사결과	인정시작일	회차
							현장	사전	과정적합성	훈련비율	과정적합성	인력수요적합성			
2	2019	9	요양보호사 직무교육	사업주위탁	사업주위탁		미해당	적합	적합	미해당	적합	미해당	적합	2020-01-01	
													적합	2020-12-31	

【참고자료 4】 훈련수료자보고서

■ 사업주 직업능력개발훈련 지원규정[별지 제3호서식] <개정>

(앞쪽)

훈련수료자 보고서

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

(16)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	기숙사 비	임금, 훈련 수당
# 상세내역은 별첨참조											

210mm×297mm[백상지 80g/m²]