

(別添 2 - 1)

介護職員初任者研修 (通信) 学 則

①商号又は名称	株式会社 シニアメディカルサービス
②研修事業の名称	株式会社 シニアメディカルサービス 介護職員初任者研修課程
③研修の種類	介護保険法施行令に基づく介護員養成研修
④研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 ・通学形式 ◎通信形式 (通信学習実施計画書 (別添 2 - 10) を参照。)
⑤事業者指定番号	207
⑥開講の目的	超高齢社会に必要な介護サービスを提供するため、介護に携わる者携わろうと考えている者へ知識・技術の習得や実践する際の考え方のプロセスを身に付け、質の高い介護職員の育成に医療サービスを提供する事業者として介護職員初任者研修を実施する。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	講義室・演習室 大阪市都島区片町 1-5-13 大手前センチュリービル 1 階 株式会社 シニアメディカルサービス 講義室・介護実習室・入浴実習室・調理実習室 大阪市都島区片町 1-5-13 大手前センチュリービル 3 階 学校法人 田島学園 近畿社会福祉専門学校
⑧実習施設	① 実施しない 2 実施する (実習施設一覧表 (別添 2 - 7) を参照。)
⑨講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 3) を参照。
⑩使用テキスト	中央法規出版 介護職員初任者研修テキスト又は、 中央法規出版 介護職員初任者研修テキスト (全文ふりがな付き) (5,400 円税込)
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	訪問介護事業に従事しようとする者若しくは在宅・施設を問わず介護の業務に従事しようとする者。
⑬広告の方法	自社のホームページ上及び許可を得たハローワーク、公共機関、民間施設等に講座のチラシを設置案内する。
⑭情報開示の方法	下記ホームページにおいて情報開示する。 ホームページアドレス : http://www.snr-trainee.com
⑮受講手続き及び 本人確認の方法 (応募者多数の 場合の対応方法 を含む)	受講希望者へ介護職員初任者研修学則、重要事項説明書、誓約書、研修カリキュラム、申込書を送付する。(未成年者、保護者の承諾書) 申込は、受講者本人が郵送もしくは事業所窓口で申込み。 応募者多数の場合、先着順とする。開講実施人数が 10 名未満の場合には開講しない。 申込時に本人確認のできる証明書等で本人確認を行う。
⑯受講料及び受講 料支払方法	受講料は、32,600 円・テキスト代 5,400 円、合計金額 38,000 円 (消費税税込)。受講料は申込書提出と同時に指定口座に振り込み、開講日にテキストを配布。

⑰解約条件及び返金の有無	<p>やむを得ない事情により研修を受講できなくなった者へは、以下の通りとする。</p> <p>受講開始1週間以前 全額返金 受講開始6日～3日前 半額返金 受講開始2日～当日 原則返金はいたしません。 受講期間中のキャンセルについても返金はありません。</p> <p>なお、本講座開講実施人数10名未満の場合は開講しない、申込者へ全額返金する。</p>
⑱受講者の個人情報の取扱	<p>個人情報保護規程策定の有無 (㊟・無)</p> <p>受講生の個人情報については、本研修に関する目的以外には使用いたしません。また、漏洩ないよう厳格な管理を行う。</p> <p>なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。</p>
⑲研修修了の認定方法	<p>認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。</p> <p>研修の修了年限：8カ月</p> <p>但し、受講生の病気等のやむを得ない理由による場合は、1年6カ月以内とする。</p> <p>修了評価方法：(別添2-9)を参照。</p> <p>修了評価筆記試験不合格の取扱い： 担当講師による補講の上、再試験を実施する。 (補講費用：540円、再評価費用：540円)</p> <p>ただし、再評の試験の回数は最大2回までとする。したがって、最終試験の結果、不合格となったものは未修了扱いとなる。</p>
㉑補講の方法及び取扱	<p>補講の方法：個別補講となる。</p> <p>補講に要する費用： ・欠席等による個別補講授業 — 補講費用 1時間 540円。</p>
㉒科目免除の取扱	<p>特になし。</p>
㉓受講中の事故等についての対応	<p>講座主催者側の責任において対処する。但し、受講生の故意または重大な過失による事故については自己責任とする。</p>
㉔研修責任者名、所属名及び役職	<p>氏名：鉄村 俊夫 所属名：株式会社 シニアメディカルサービス 役職： 代表取締役社長</p>
㉕課程編成責任者名、所属名及び役職	<p>氏名：辰巳 久夫 所属名：株式会社 シニアメディカルサービス 役職： 管理部長</p>
㉖苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	<p>氏名：辰巳 久夫 所属名：株式会社 シニアメディカルサービス 役職： 管理部長</p>
㉗研修事務担当者名、所属名及び連絡先	<p>氏名：森井 理恵子 所属名：株式会社 シニアメディカルサービス 連絡先：06-6354-7801</p>

⑳ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先	氏名：辰巳 久夫 所属名：株式会社 シニアメディカルサービス 役職： 管理部長 連絡先：06-6354-7801
㉑ 修了証明書を亡 失・き損した場合の 取扱い	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」 に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付に係る費用：300円
㉒ その他必要な事 項	学習意欲に著しく欠け、修了の見込みがないと認められた者。また、 他の受講生や本事業所内、建物内で著しい損害を与えると判断した 場合や研修中に秩序を乱した者。公序良俗に反する行為があった場 合は受講の取り消しとなることがある。

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府介護職員初任者研修事業実施要領第2の2（1）より抜粋 【内容及び手続きの説明及び同意】 事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。
---------------	---

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 地域福祉課 事業者育成グループ 電話：06-6944-9165 ホームページ： http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/
---------------	--