

(別添 2 - 1)

介護職員初任者研修 附属歯科衛生士専門学校 (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 - 1 0) を参照。) |
| ⑤事業者指定番号 | 2 0 7 |
| 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 大阪市天王寺区堂ヶ辻 1-3-27 一般社団法人 大阪府歯科医師会 附属歯科衛生士専門学校 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) (5,500 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) | 附属歯科衛生士専門学校の学生が、介護職員初任者研修学則、重要事項説明、研修カリキュラムを理解、承諾した上、受講申込は、学生本人が、附属歯科衛生士専門学校を通しておこなう。 (1 年生全員が受講するため応募者多数の対応は無い。) 申込時に学生証の写しで本人確認を行う。 |

| | |
|-------------------------|--|
| ⑯ 受講料及び受講料支払方法 | 受講料（1人あたり 25,000 円）は、附属歯科衛生士専門学校より研修開始前までに一括で指定口座に振り込む。 附属歯科衛生士専門学校が、第1回の通信課題を配布するまでにテキスト（5,500 円 消費税込み）を配布。 |
| ⑰ 解約条件及び返金の有無 | 受講開始前、期間中のキャンセルについては返金は無し。 |
| ⑱ 受講者の個人情報取扱 | 個人情報保護規程策定の有無（㊟・無） 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。 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。 |
| ⑲ 研修修了の認定方法 | 認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。 研修の修了年限：8 カ月 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。 修了評価方法：（別添 2－9）を参照。 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 1 時間：550 円、再評価費用：550 円） 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。 |
| ⑳ 補講の方法及び取扱い | 補講の方法：個別補講となる。 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 550 円。 |
| ㉑ 科目免除の取扱い | 特になし。 |
| ㉒ 受講中の事故等についての対応 | 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。 |
| ㉓ 研修責任者名、所属名及び役職 | 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 |
| ㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職 | 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 |
| ㉕ 苦情等相談担当者名、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 |
| ㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先 | 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 |
| ㉗ 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 |

| | |
|-----------------------|---|
| ㊸ 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：330円 |
| ㊹ 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 | <p>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</p> <p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>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。</p> |
|---------------|---|

| | |
|---------------|--|
| ※2 研修事業者の指定担当 | <p>大阪府 福祉部 地域福祉推進室</p> <p>福祉人材・法人指導課 人材確保グループ</p> <p>電話：06-6944-9165</p> |
|---------------|--|

介護職員初任者研修

学則

通信

株式会社シニアメディカルサービス