

(別添 2 - 1)

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 (介護職員初任者研修課程)
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	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・介護実習室・入浴実習室 東大阪市鷹殿町 18-1 大阪府立枚岡樟風高等学校 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
⑧実習施設	1 <input type="checkbox"/> 実施しない 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	枚岡樟風高等学校の学生が、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、枚岡樟風高等学校を通して行う。 (福祉系列を選択した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	受講料は 40,000 円 (テキスト代、消費税含む) 保護者説明会時に現金にて徴収する。 開講日にテキストと課題を配布。
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返金は無し。
⑱ 受講者の個人情報 の取扱	個人情報保護規程策定の有無 (有・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、漏洩し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：1年6ヶ月 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：無料、再評価費用：無料) 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。 なお、補講、再試験は株式会社シニアメディカルサービスで行い、その際の交通費は自己負担となる。
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：無料 なお、補講は株式会社シニアメディカルサービスで行い、その際の交通費は自己負担となる。 但し、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染による欠席は公欠扱いのため交通費は株式会社シニアメディカルサービスが負担する。 感染症による証明は㉑その他必要な事項の項目を参照とする。
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応する。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 連絡先：06-6354-7801
②⑥ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：山手 茉帆 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
②⑧ 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
②⑨ 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。 インフルエンザ、新型コロナウイルス感染時には感染の証明ができる書類を提出すること。 処方箋のコピーでも可とするが内容の伴わない処方箋は認めない。 特別指導により補講になった場合は、補講は株式会社シニアメディカルサービス本社で行い、交通費は自己負担である。

※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 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---