

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	医療法人今城クリニック
②研修事業の名称	医療法人今城クリニック 花笑み介護塾 介護職員初任者研修講座
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	190
⑥開講の目的	超高齢社会の中で、地域に応じた質の高い介護人材を安定的に育成すると共に、介護職への就業を希望する者と、介護人材を必要とする介護事業所等への橋渡し役を担い、地域の介護力の底上げに寄与する目的で開講します。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所「ことほぎ」の3階 富田林市寿町2丁目4番30号 (近鉄・富田林西口駅 北西 270m)
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	「介護職員初任者研修テキスト」第1分冊・第2分冊 DVD 付き (株)QOL サービス刊
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	介護の業務に従事しようと希望している者 介護支援に関わっていこうと考えている者
⑬広告の方法	法人ホームページに掲載します。
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:// imajo.org

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)	1. 受講希望者には、本学則、受講パンフレット、直近の研修スケジュール、受講申込書を手渡しまたは郵送します。 2. 資料請求先 医療法人今城クリニック 花笑み介護塾 住所 富田林市寿町2丁目4番30号 電話番号 0721-55-2239 3. 申し込み先 A：医療法人今城クリニック 花笑み介護塾（各コース開講初日の8日前まで〈土日祝日を除く〉9時～17時30分） 住所 富田林市寿町2丁目4番30号（府民センターと保健所の間） 電話番号 0721-55-2239 B：医療法人今城クリニック 外来受付（各コース開講初日の8日前まで〈水日祝日を除く〉9時～18時30分、12時～16時休 ※土曜日のみ午前中） 住所 富田林市向陽台1丁目4番17号（富田林病院と「けあばる」の間） 電話番号 0721-29-0701 4. 受講手続き 受講希望者は、受講申込書に受講料を添えて、上記申し込み先に来所の上、受講手続きを行ってください。 5. 受講申請に係る手続きの援助及び本人確認 受講手続きの際に本人確認を行います。本人確認は、次のいずれか1つの提示により行います。 ① 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 ② 住民基本台帳カード ③ 在留カード等 ④ 資格確認書 ⑤ 運転免許証 ⑥ パスポート ⑦ 年金手帳 ⑧ 障害者手帳 ※本人からの提示があった場合にのみ認める等取扱に留意すること。 ⑨ マイナンバーカード ⑩ 運転免許以外の国家資格を有する者については、その免許証又は登録証 なお、受講申し込みにあたっては、上記本人確認書類の原本もしくは写しを保管することになっていますのでご協力ください。 6. 応募者多数の場合の対応方法 先着順にて、定員になり次第締め切りとします。定員超で受講できなかった人には、次回開催の研修を優先的に受講していただきます。
--	--

⑯受講料及び受講料支払方法	55,000 円（テキスト代、消費税含む） 受講料は全額前納を原則とします。 受講料は現金納入とし、上記申し込み先AかBのいずれかにご持参ください。
⑰解約条件及び返金の有無	【受講者からの受講キャンセル】 原則入金後の返金はありませんが、開講日の 7 日前までにキャンセルの申し出があった場合のみ受講料全額を返金します。 【当法人からのキャンセル】 受講申込者が5名に満たない場合、休講することがありますので、その場合は受講料全額を返金します。
⑱受講者の個人情報取扱	個人情報保護規程策定の有無（有・無） 受講者から得た個人情報については法人の個人情報保護に対する基本方針に従い、適切に管理する。 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	1. 認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付する。 2. 研修の修業年限：8 か月以内 3. 修了評価方法：（別添 2－9）を参照。 4. 修了評価筆記試験不合格時の取り扱い 5. 補習の上、再試験を実施する。 6. （補習費用：2,000 円、再評価費用：2,000 円）
⑳補講の方法及び取扱	補講の方法：個別対応で実施します。（ただし(2)-③「人権啓発に係る基礎知識」については補講は行わず、次期開講のものを受講してもらいます） 補講に要する費用：1 時間あたり 2,000 円
㉑科目免除の取扱	介護等の実務経験が1年以上の者が受講を希望した場合において、受講申請時にその証明書を提出できる者は、「(1) 職務の理解」の科目を免除します。ただし、受講料の減免は行いません。
㉒受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故等については、当法人が加入する傷害保険で対応しますので、保険料の受講者負担は発生しません。
㉓研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号：584-0031 所在地：大阪府富田林市寿町二丁目 4 番 30 号
㉔研修責任者名、所属名及び役職	氏名：吉良 智絵 所属名：今城クリニック総務部 役職：課長
㉕課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：吉良 智絵 所属名：今城クリニック総務部 役職：課長

②⑥ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：矢藤 美和 所属名：今城クリニック総務部 役職：部長 連絡先：0721-29-1112 緊急連絡先：080-8540-2607 氏名：吉良 智絵 所属名：今城クリニック総務部 役職：課長 連絡先：0721-55-2239 緊急連絡先：080-8540-2607
②⑦ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：吉良 智絵 所属名：今城クリニック総務部 連絡先：0721-55-2239
②⑧ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：吉良 智絵 所属名：今城クリニック総務部 役職：課長 連絡先：0721-55-2239 緊急連絡先：080-8540-2607
②⑨ 修了証明書を亡失・き損した場合の取扱	「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：2,000 円
③⑩ その他必要な事項	①遅参の取り扱い 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし、欠席とします。その際、当事業所が設定する日程において補講を受けてください。 ②退校処分の扱い 他受講生に迷惑を及ぼす行為や著しく受講態度（遅参、無断欠席を含む）が悪い場合は退校処分とさせていただくことがあります。その際の受講料の返金はいりません。

※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
---------------	---

記載例

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社〇〇商事	指定申請書に記載した事業名称を記載。
②研修事業の名称	株式会社〇〇商事 介護人材養成スクール 初任者研修	
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 - 10) を参照。)	両方の形式で実施する場合は、その旨明記すること。
⑤事業者指定番号	〇〇	
⑥開講の目的	質の高い・・・福祉・介護・・・人材を養成・・・確保する。	研修事業を実施する目的を記載。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	大阪市中心区〇〇町 1 - 1 - 1 大阪〇〇ビル 10 階中会議室	講義・演習室として使用する場所の名称と住所を記載。 (複数あれば全て記載)
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	〇〇〇〇出版「介護職員初任者研修テキスト」	発行元も記載すること。
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。	
⑫受講資格	開講日時点において満〇歳以上の者で・・・、かつ、 福祉・介護の就業を希望している者・・・	
⑬広告の方法	ダイレクトメール、新聞折込みチラシ、〇〇市広報誌及び自社のホームページにおいて行う。	
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。 http://www.〇〇.co.jp/	
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)	受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 なお、受講申し込みにあたっては、原本確認が必要なことから受 当社〇〇事務所で行う。 応募者多数の場合には、・・・	
⑯受講料及び受講 料支払方法	〇〇、〇〇〇円 (テキスト代、消費税含む) 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 〇〇銀行 〇〇支店 当座No.〇〇	

⑰解約条件及び返金の有無	受講者からのキャンセル： 開講日の1週間前までは、・・・全額返金・・・ 3日間前までは、半額を・・・ 弊社からのキャンセル： 応募者が〇〇名に満たなかった場合、・・・
⑱受講者の個人情報取扱	個人情報保護規程策定の有無 (有・無) 受講者から得た個人情報については・・・ 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。 研修の修業年限：3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時の取扱い： 担当講師による補習のうえ、再試験を実施する。 (補習費用：〇〇円(税込)、再評価費用：〇〇円(税込)) ただし、再評価の試験の回数は最大〇回までとする。・・・ したがって、最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるため注意すること。・・・等々
⑳補講の方法及び取扱	補講の方法：原則、同時期に開催している他教室で振替補講、又は個別対応で実施する。 「(1)職務の理解」及び「(10)振り返り」、並びに「(2)介護における尊厳の保持・自立支援」の「③人権啓発に係る基礎知識」及び実技演習を実施した項目のレポートによる補講は認めない。 他教室への振替補講費用：無料 個別対応補講費用：1時間あたり レポート課題を課した場合：添削・指導費用：1項目につき〇〇円(税込)
㉑科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定のとおり取り扱う。ただし、受講料の減免措置はない。・・・ 介護等の実務経験が1年以上の者が受講を希望した場合において、受講申請時にその証明書を提出できる者は、「(1)〇〇」の科目を免除する。この場合の受講料は正規の受講料から〇〇円減額する。・・・等々
㉒受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故等については、・・・当社が加入する〇〇保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
㉓研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号：〇〇〇-〇〇〇〇 所在地：大阪府・・・

②④研修責任者名、所属名及び役職	氏名：〇〇 〇〇 所属：人材育成企画部 役職：企画第２部長
②⑤課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
②⑥苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属： 役職： 連絡先：０６－００００－００００ 緊急連絡先 ０９０－
②⑦研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属： 連絡先：
②⑧情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：〇〇 〇〇 所属：総合情報システム部 役職：システム事業課長 連絡先：
②⑨修了証明書を亡失・き損した場合の取扱	「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。 ・証明書交付手数料： 円（税込）or 無料 等々
③⑩その他必要な事項	遅参の取扱い： 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし欠席とする。その際、当事業所が設定する日程において補習を受けなければならない。 退校処分の取扱い：

※1 大阪府からのお知らせ 受講料受領後のトラブルを避けるため、事前に十分な説明を行なっておくこと。 ※１、※２の項目削除厳禁	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
---------------	--