

(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
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 ・ <b>通信形式</b> (通信学習実施計画書(別添 2 - 10)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 <b>実施しない</b> 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并希望している者 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	富田林市および周辺市町村の広報誌や地域のミニコミ紙に広告を掲載します。 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します。 ホームページアドレス : <a href="http://imajo.org">http://imajo.org</a>

<p>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)</p>	<p>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。</p> <p>2. 資料請求先 医療法人今城クリニック 総務部 住所 富田林市向陽台1丁目4番17号 電話番号 0721-29-1112</p> <p>3. 申し込み先 A: 医療法人今城クリニック 総務部 (各コース開講初日の3日前まで〈日・祝日を除く〉9時~17時30分) 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 0721-29-1112 B: 今城クリニックサービス付き高齢者向け住宅花笑み事務室 (各コース開講初日の3日前まで〈日・祝日も可〉9時~17時30分) 住所 富田林市向陽台5丁目7番5号 (向陽台小学校の北200m) 電話番号 0721-55-3353</p> <p>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。</p> <p>5. 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。</p> <p>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 健康保険証                      ⑤ 運転免許証 ⑥ パスポート                      ⑦ 年金手帳 ⑧ 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</p> <p>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きますのでご協力ください。</p> <p>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。</p>
<p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>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。</p>

⑰ 解約条件及び返金の有無	<p>【受講者からの受講キャンセル】</p> <p>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。</p> <p>【当法人からのキャンセル】</p> <p>受講申込者が8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。</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 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 )</p> <p>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、適切に管理します。</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ます。</p>
⑲ 研修修了の認定方法	<p>1. 認定方法：修了を認定した者には修了証明書を交付します。</p> <p>2. 研修の修了年限：8か月以内</p> <p>3. 修了評価方法：(別添2-9)を参照。</p> <p>4. 終了評価筆記試験不合格時の取り扱い 補習の上、再試験を実施します。 (補習費用：2,000円、再評価費用：2,000円)</p>
⑳ 補講の方法及び取扱	<p>1. 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)</p> <p>2. 補講に要する費用：1時間あたり2,000円</p>
㉑ 科目免除の取扱	<p>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。</p>
㉒ 受講中の事故等についての対応	<p>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。</p>
㉓ 研修責任者名、所属名及び役職	<p>氏名：川口 正之 所属名：今城クリニックデイサービスセンターみんな元気 役職：管理者</p>
㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職	<p>氏名：川口 正之 所属名：今城クリニックデイサービスセンターみんな元気 役職：管理者</p>
㉕ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	<p>氏名：矢藤 美和 所属名：総務部 役職：部長 連絡先：0721-29-1112 緊急連絡先：070-5430-5569</p>
㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	<p>氏名：川口 正之 所属名：今城クリニックデイサービスセンターみんな元気 連絡先：0721-40-1330 緊急連絡先：070-5430-5569</p>

<p>㉗ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先</p>	<p>氏名：川口 正之 所属名：今城クリニックデイサービスセンターみんな元気 役職：管理者 連絡先：0721-40-1330 緊急連絡先：070-5430-5569</p>
<p>㉘ 修了証明書を亡 失・き損した場合の 取扱い</p>	<p>「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します。 ・証明書交付に係る費用：2,000 円</p>
<p>㉙ その他必要な事 項</p>	<p>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きます。そ の際の受講料の返金はいりません。</p>

<p>※1 大阪府からのお知らせ</p>	<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><b>【内容及び手続きの説明及び同意】</b></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>
----------------------	---

<p>※2 研修事業者の指定担当</p>	<p>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 ホームページ：<a href="http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/">http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/</a></p>
----------------------	--