

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	医療法人 仁寿会
②研修事業の名称	医療法人 仁寿会 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	262
⑥開講の目的	介護に携わる者が、介護業務を遂行する上で、相当の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるように研修するため。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	講義：大阪府高槻市北園町 13 番 19 号 医療法人 仁寿会 2 階多目的室 演習：大阪府高槻市郡家本町 13 番 18 号 社会福祉法人 春樹会多目的ホール
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	日本医療企画「介護職員初任者研修課程テキスト」3 巻
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	介護職を希望する者
⑬広告の方法	広告媒体による募集及び関連施設等へのポスター貼り付け
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://jinjyu-kai.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、学則や申込書、その他必要な書類等を送付する。 本人確認の方法は運転免許証、健康保険証・パスポート等の写しを添付。 受講希望者が定員を上回った場合は、申し込み先着順とする。 【送付先】 569-0802 大阪府高槻市北園町 13 番 19 号 医療法人仁寿会 介護職員初任者研修講座担当者 宛

⑩ 受講料及び受講料支払方法	80,000 円 (テキスト代、消費税含む) 支払い方法 口座振込みによる 振込先 三井住友銀行 高槻支店 医療法人 仁寿会 理事長 明平圭司
⑪ 解約条件及び返金の有無	【受講者からの解約】 開講日 30 日前まで⇒全額返金。 開講日 15 日前まで⇒半額返金。 開講日 15 日以内及び開講後の解約は返金なし。 【研修事業者からの解約】 申込内容に虚偽があった場合⇒返金なし。 研修期間中に違法行為が発覚した場合⇒返金なし。 研修事業者が指定取り消し、破産した場合⇒全額返金。
⑫ 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) 受講者から取得した個人情報は、個人ファイル等を作成し施錠可能なロッカー等に保管する。閲覧については管理者の許可のもと行う。 閲覧により知り得た個人情報は、外部に漏洩しないよう職員には誓約書を書かせ、また、退職後の秘密保持の誓約書も書かせる。 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。
⑬ 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：5 ヶ月 修了評価方法：(別添 2 - 9) を参照。
⑭ 補講の方法及び取扱	補講の方法： 個別対応のみとする。 補講に要する費用：1 時間あたり 2,000 円
⑮ 科目免除の取扱	大阪府介護員初任者研修実施要領に従い、科目の免除を行う。 但し、受講料の割引は行わない。
⑯ 受講中の事故等についての対応	事故原因が事業所に帰する場合で、治療費等が発生した場合は、事業者がそれを負担する。 事故原因が受講者に帰する場合は、事業者はその責任を負わず、受講料の返金も行わない。
⑰ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：久井 隆 所属名：医療法人仁寿会 人材育成グループ
⑱ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：平座 佳彦 所属名：医療法人仁寿会 人材育成グループ
⑲ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：大山 武友 所属名：医療法人仁寿会 人材育成グループ 連絡先：072-684-3377

②⑥ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡先	氏名：平座 佳彦 所属名：医療法人仁寿会 人材育成グループ 連絡先：072-684-3377
②⑦ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先	氏名：大山 武友 所属名：医療法人仁寿会 人材育成グループ 連絡先：072-684-3377
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：2,000 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。

※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
---------------	---