

学 則

① 商号又は名称	社会福祉法人 大阪重症心身障害児者を支える会
② 研修事業の名称	大阪重症心身障害児者を支える会介護職員初任者研修
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
④ 研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 <input checked="" type="radio"/> 通学形式 ・通信形式（通信学習実施計画書（別添2-10）を参照。）
⑤ 事業者指定番号	167
⑥ 開講の目的	介護が必要な方に多様なニーズに応じた介護サービスを提供できるヘルパーの養成を行い、人権に対する理解を深め、介護技術及び専門知識等について習得することを目的に開講する。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義：ゆらっとステーション研修室 大阪市住吉区万代東1丁目3番19号 演習：同上
⑧ 実習施設	<input checked="" type="radio"/> 1 実施しない <input type="radio"/> 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」 （一般財団法人長寿社会開発センター発行）
⑪ シラバス	シラバス（別添2-2）を参照。
⑫ 受講資格	今後、介護業務に従事することを希望する者、従事することが確定している者及び現に従事する者とする。
⑬ 広告の方法	チラシ、ホームページ等によりお知らせする。
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.sasaeru.or.jp/houjinn/
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)	受講希望者は、募集要項に基づき所定の要件を記入した上応募することとし、申込者が定員を超えた場合は締め切り後に主催者の抽選により決定し通知する。本人確認の方法：以下のいずれかによるものとする。 ①戸籍謄本(抄本)・住民票、②住民基本台帳、③在留カード、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はその免許証・登録証
⑯ 受講料及び受講 料支払方法	30,000円（テキスト代、消費税含む） 支払は、募集要項に記載した金融機関に期日までに振り込むこと。
⑰ 解約条件及び返 金の有無	受講料は講習の修了・未修了にかかわらず、いかなる理由でも返金しないこととする。
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 ） 当該事業者の従業者又は従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た受講者の情報を漏らすことのないよう、必要な措置を講ずる。 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	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：6か月以内 修了評価方法：(別添2-9)を参照。
⑳ 補講の方法及び取扱	補講の方法：原則、個別対応で実施する。レポートによる補講は認めないものとする。補講に要する費用：1科目につき5,000円 ただし、(9)こころとからだのしくみと生活支援技術については1時間当たり2,000円とする。
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ものとする。 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」の科目を免除する。
㉒ 受講中の事故等についての対応	受講中の事故、体調悪化等については、速やかに必要な措置を講じる。
㉓ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：三田 康平 所属名：支える会研修センター 役職：管理者
㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：三田 康平 所属名：支える会研修センター 役職：管理者
㉕ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：三田 康平 所属名：支える会研修センター 役職：管理者 連絡先：06-6690-5360
㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：三田 康平 所属名：事務局 連絡先：06-6690-5360
㉗ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：三田 康平 所属名：支える会研修センター 役職：管理者 連絡先：06-6690-5360
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：1,000円
㉙ その他必要な事項	

※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 地域福祉課 事業者育成グループ 電話：06-6944-9165 ホームページ： http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------