

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社 輝ホールディングス
②研修事業の名称	株式会社 輝ホールディングス かがやきヘルパースクール 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	指定番号 : 1 2 6
⑥開講の目的	急速な高齢社会の到来を迎え、在宅サービスの担い手の一つである 介護職員はますますその活躍が期待されている。 この講座は介護事業に従事するにあたり、習得すべき知識と技術を 研修するだけでなく介護に最も重要な利用者と介護員の心のふれあ いを大切に人に人材育成を行うことを基本とする。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	松竹デイサービスセンター内の機能訓練室 大阪府池田市神田 1-12-13
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	株式会社学研ココファン 介護職員初任者研修テキスト 1 巻・2 巻 追加資料有
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	全日程出席可能な方
⑬広告の方法	紹介等、ホームページ等で行う。
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。 ホームページアドレス : https://sites.google.com/view/kagayaki-kaigo/

<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. 当社指定の申込用紙に必要事項を記入し、ホームページの申し込みページ、郵送または FAX で申し込む。但し、定員に達した場合(先着順)は受付終了とする。定員 15 名</p> <p>2. 当社は申し込み内容を確認後、受講受付通知と受講料の支払いのための書類を受講者宛に送付する。</p> <p>3. 受講者は通知到着後、指定の期日までに受講料を納入し、受講決定とする。</p> <p>4. 申し込み期限は開講の一週間前までとする。</p> <p>※当社は初回受講時に戸籍謄本、住民票、健康保険証、運転免許証、などにより受講者本人である事の確認を行う。</p>
<p>⑯受講料及び受講料支払方法</p>	<p>1. 受講料：69,287 円 (消費税込・テキスト代込・教材費込) 別途費用：交通費・食事代(昼食)自費</p> <p>2. 受講料は一括納入を原則とし、指定の期日までに銀行振込。</p> <p>3. 講義・演習実施先への交通費その他の飲食費は受講者の負担とする。</p>
<p>⑰解約条件及び返金の有無</p>	<p>1、開講日 7 日前までのキャンセルは全額返金。開講日 7 日前を超えてのキャンセルは半額の返金。キャンセル時の返金の振り込み手数料は受講者負担とする。</p> <p>2、受講者が 3 名以上に達しない場合は開講しない。事業所の倒産・その他不測の事態により開講できない場合は全額返金。これらの際の振り込み手数料は当事業所が負担する。</p> <p>3、受講態度の悪い者、事業者が注意しても改善しない者、無断欠席をした者は解約とする。</p>
<p>⑱受講者の個人情報取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有)・無)</p> <p>申し込み関係資料は、鍵の掛かる書庫に管理者を定め保管する</p> <p>申し込み関係資料は、演習以外に使用することはない。</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る。</p>
<p>⑲研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：介護職員初任者研修課程の講座、全て終了し、かつ終了後に実施する試験において合格した者(60 点以上を合格とする)を研修修了者と認め、修了証明書を交付する。</p> <p>研修の修了年限：8 ヶ月</p> <p>修了評価方法：(別添 2-9)を参照。</p> <p>修了評価不合格時の取扱い：担当講師による補習の上で、再度評価実施する。(補習及び再評価料 0 円)</p>
<p>⑳補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：やむをえず講義を欠席・遅刻・早退・欠課した場合は、当事業所が設定した日程において補講を受けなければならない。</p> <p>(1)～(10)実施した項目レポートによる補講は認めない。</p> <p>・補講に要する費用：1 時間 1,500 円とする。</p>
<p>㉑科目免除の取扱</p>	<p>大阪府介護職員初任者研修要領の記載のとおり取扱う。</p>

②② 受講中の事故等 についての対応	研修を実施している際、受講者の体調が急変した場合、その他必要な場合は速やかに電話対応にて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：志 隆行 所属名：株式会社 輝ホールディングス 役職：代表取締役
②④ 課程編成責任者 名、所属名及び役職	氏名：安原 弘美 所属名：かがやきヘルパースクール 役職：部長
②⑤ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：安原 弘美 所属名：かがやきヘルパースクール 役職：部長 連絡先：06-6318-1880 緊急連絡先：080-6153-7997
②⑥ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：安原 弘美 所属名：かがやきヘルパースクール 連絡先：06-6318-1880
②⑦ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：安原 弘美 所属名：かがやきヘルパースクール 役職：部長 連絡先：06-6318-1880
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：3,000円
②⑨ その他必要な事項	遅刻は、原則認めない。 講義開始後、連絡無く10分以上遅れた場合は、欠席扱いとする。 その際、「補講の方法及び取扱」に準じ補講を受けなければならない。 受講中の態度、品格が著しく悪い場合は修了を認めない。(身だしなみ、私語、携帯電話等)

※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
---------------	---