

(別添 2 - 1)

学 則

① 号又は名称	医療法人医誠会
② 修事業の名称	医療法人医誠会 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 ・ 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	180
⑥ 開講の目的	利用者のニーズの変化や要望に臨機応変に対応できる柔軟性のある人材を育成すべく社内研修を行っていく。職員の能力に応じた教育の機会を与えることで、学びと実践の両立を行い、個々の能力を最大限に発揮し得る環境を提供する。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義： 大阪市淀川区西中島 3-18-9 (新大阪日大ビル) 大阪市東淀川区菅原 1-1-21 (介護老人保健施設エスペラル東淀川) 大阪市東淀川区井高野 4-6-37 (介護老人保健施設エスペラル井高野) 摂津市南千里丘 1-24 (介護老人保健施設エスペラル摂津)
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」
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	受講開始時点にてホロニクスグループである医療法人医誠会 (ホロニクスケア(株)含む) の介護関連業務に関する職員で研修を必要とする者。 当法人グループ入職が内定した方で受講を希望し、法人が認めた者。
⑬ 広告の方法	法人ホームページに記載
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.iseikaihp.com/index.html

<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>受講希望者は、電話、FAX、メール、はがき、来校のいずれか本人の都合のよい方法にて受け付ける。受講申し込み受付にあたっては、本人確認を行う。(下記いずれかの方法)</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の提示 (3)在留カードの提示 (4)健康保険証の提示 (5)運転免許証の提示 (6)パスポートの提示 (7)年金手帳の提示 (8)運転免許証以外の国家資格を有する場合は、その免許証または登録証 申込受付は先着順とする。(振込手続き完了時点で受講確定とする) 定員を超えての申込みには応じないが、選に漏れた者は次回開講を優先的に受講できるものとする。</p>
<p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>	<p>6,850 円 (テキスト代、消費税含む) 受講開始前日までに支払う事。(振込手数料は受講者負担とする)</p>
<p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>	<p>指定の支払い期日までに入金を確認できない場合、受講申し込みの解約とみなす。解約については受講料及びテキスト代 6,850 円は返還しないものとする。</p>
<p>⑱ 受講者の個人情報の取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 (有・無) 受講者の個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に管理し、介護職員研修事業について必要な場合のみに使用する。 なお、修了者に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：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：8ヶ月 但し、病気等やむおでない理由がある場合は、1年6か月以内とする。 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： 不合格者に関しては、担当講師による補修の上、再試験を実施する。 (補習費用：2,500円(税別)、再評価費用：2,500円(税別)) 但し、再評価の試験回数は最大2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。</p>
<p>⑳ 補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法： 補講は項目単位で行うものとし個別対応にて実施する。 ※補講日程については、事前に事務局に連絡し確認する事。 補講に要する費用 個別対応補講費用…一項目あたり 2,500円</p>

⑳ 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。 (1年以上介護等の実務経験を有する者は「(1) 職務の理解」項目免除可)
㉑ 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、法人が責任を持って対応するものとする。また、保障に関しては加入する施設賠償責任保険にて対応する。
㉒ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 須々木 礼子 所属名： 医療法人医誠会 役職： 看護補助者・介護職員対策部 部長
㉓ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 酒井 梨江 所属名： 医療法人医誠会 役職： 看護補助者・介護職員対策部
㉔ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 脇澤 和子 所属名： 医療法人医誠会 役職： 総務部長 連絡先： 06-6307-2151
㉕ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 酒井 梨江 所属名： 医療法人医誠会 看護補助者・介護職員対策部 連絡先： 06-6307-2151
㉖ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 船津 大 所属名： 医療法人医誠会 役職： 医療情報部 次長 連絡先： 072-956-2985
㉗ 修了証書を亡失・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：2,500円
㉘ その他必要な事項	受講の取り消しについて 次の各項に該当する者は、受講を取り消すことが出来る。 ① 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 ② 研修の秩序を乱し、その他受講生としての本分に反したものの ③ 受講生自身から受講継続の意思のないことを申し出た者 ④ 法人が不適切とみなした者

※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/
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------