(別添２－１）

学　則

①　商号又は名称	医療法人はぁとふる
②研修事業の名称	医療法人はぁとふる　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 ・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	１９３
⑥開講の目的	居宅・施設・病院で介護業務に従事する上で必要となる、基本的な知識・技術・感性と、それを実践する上での接遇と介護プロセスを習得した介護職員を養成し、地域で生活する高齢者・障がい者の生活支援と自立支援を目的とする。
⑦講義・演習室 （住所も記載）	１）羽曳野市樫山１００－１ 介護老人保健施設　悠々亭　１階通所、５階会議室１、５階講堂 ２）八尾市宮町６－６－１６ 通所介護はぁとふるプラス　１階居室
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）参照。
⑩使用テキスト	介護職員初任者研修テキスト 株式会社　QOL サービス
⑪シラバス	シラバス（別添２－２）を参照。
⑫受講資格	福祉・介護・医療での就業を希望している者もしくは興味のある方。家族介護や地域での介護など、地域に根ざした活動を検討している方。
⑬広告の方法	新聞等折り込み、市広報・タウン紙、当法人ホームページや各種職能団体･企業への案内
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.heartful-health.or.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）	別紙「受講申込書」に必要事項記載のうえ、本人確認ができる公的な書類（運転免許証、住民票、パスポート、保険証等のコピーの内１点）を添え事業者まで提出する。 事業者から「受講決定通知書及び授業料納入通知書」を受け、授業料を納入する。 応募多数の場合は、申し込み受付順に次回開催の案内を行う。

⑯受講料及び受講料支払方法	60,500円（テキスト代、消費税含む） 開講の２週間前までに下記口座に振り込むこと。 りそな銀行　羽曳野支店　当座・普通 NO.176276
⑰解約条件及び返金の有無	受講者からのキャンセル：開講７日前までは受講料全額返金（返金手数料差し引き）開講後の途中退校や辞退の場合、返金はできない。 事業者からのキャンセル：受講者に連絡を行い、納付された受講料は、手数料を事業者負担にて全額金額をおこなう。
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） 事業者は、受講者から得た個人情報については、厳正に管理を行う。 受講者は、研修中に知り得た個人情報を研修中はもちろんのこと終了後も他に口外しないこととし、その旨「誓約書」に記載、押印の上事業者に提出する。 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：８ヶ月 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。 個別対応補講費用：１時間あたり 1,500円
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。 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	受講中に生じた事故等については、応急措置等の対応は行うが、本人に過失がある場合は責任を負わない。
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏　名：　伊藤　琢二 所属名：　介護部 役　職：　副部長
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏　名：　伊藤　琢二 所属名：　介護部 役　職：　副部長
㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏　名：　木本　つぐみ 所属名：　事務部 役　職： 連絡先：072-931-1616

㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏　名：　木本　つぐみ 所属名：　事務部 役　職： 連絡先：072-931-1616
㉗情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏　名：　木本　つぐみ 所属名：　事務部 役　職： 連絡先：072-931-1616
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：無料（郵送依頼時は、返信用切手同封の事）
㉙その他必要な事項	・10 分を超える遅刻の場合は欠席扱いになります。 ・修了証の再発行は出来ません。（証明書となります） ・他の受講者に迷惑をかけるなどの行為が見られ、改善されない場合、受講を取り消す場合があります。 ・受講取り消しの場合、履修した研修について全て無効となります。

※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