

(別添 2 - 1)

## 学 則

① 商号又は名称	メディカル朋株式会社
② 研修事業の名称	メディカル朋株式会社 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 ・ <input type="checkbox"/> 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	※電話等の連絡後に記載し、直ちに情報開示すること。
⑥ 開講の目的	外国人の為の介護技能・技術の習得。質の良い介護人材の養成。 介護事業に従事しようとする者、もしくは最低限の知識・技術とそれらを適用する際の考え方のプロセスを身につける研修とする。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	福和楽ビル 2階 大阪市西区江之子島 1-8-20
⑧ 実習施設	<input type="checkbox"/> 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	・ 介護職員初任者研修テキスト (ミネルヴァ書房)
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	福祉・介護の就業を希望している方で 16 歳以上の方。講習を含む全ての課程を自分一人の力で受講・遂行可能な方であること 外国人の方は日本語能力は問わないが、N4 以上が望ましい
⑬ 広告の方法	パンフレット、チラシ、自社ホームページ、インターネット広告 SNS 広告
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 : <a href="http://medical-tomo.com/">http://medical-tomo.com/</a>

<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>弊社にて面談で行う。定員数以上の応募があった場合は先着順とする。本人確認は下記のいずれかにより行う。 住民票・在留カード・健康保険証・パスポート・年金手帳・運転免許証</p>
<p>⑯受講料及び受講料支払方法</p>	<p>59,800円(テキスト代、消費税含む) 指定期日までに以下の方法にて入金する事。 窓口支払・振込 *受講料の支払いに関わる手数料や受講に関わる交通費等は自身の負担となる。</p>
<p>⑰解約条件及び返金の有無</p>	<p>初回受講日1週間以上前に解約申し出があった際、100%返金 初回受講日6~4日前までに解約申し出があった際、70%返金 初回受講日3~1日前までに解約申し出があった際、50%返金 初回受講日以降に解約申し出があった際、0%返金とする。 *応募者が少なかった場合は未開講になる場合があり、その際は受講料を全額返金する。</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) 受講者から得た個人情報については、下記の目的で使用する ・弊社からの就業に関するご案内 ・お客様との連絡及び満足度等の調査 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：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ヶ月 修了評価方法：(別添2-9)を参照。</p>
<p>⑳補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：原則、次回以降の開講される講義、演習で振替補講を受ける。場合によっては個別補講の可能性もあり。 補講に要する費用：1項目につき2,000円とする。 *体調不良などの場合は病院の診断書の提出で無料とする。また、やむを得ない事情があると認められる者については、補講を受講することにより当該科目を履修したものとみなす。</p>
<p>㉑科目免除の取扱</p>	<p>大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定どおり取扱う。1年以上の介護等の実務経験を有する者が受講する場合、その証明が可能な受講者の希望により「(1)職務の理解」の科目を免除することが出来る。免除要件の確認は、受講者から「実務経験証明書」の原本もしくはは原本照合したものの写しの提出を受けて行う。</p>

⑳ 受講中の事故等についての対応	研修実施中に事故等が発生した場合は、大阪府担当者及び当該受講者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。また、事故に至った経緯及び事故に際してとった処置について記録し、大阪府に報告する。
㉑ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 西 麗華 所属名：メディカル朋株式会社 役職： 人材教育部
㉒ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 西 麗華 所属名：メディカル朋株式会社 役職： 人材部教育部
㉓ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 杉野 天人 所属名：メディカル朋株式会社 役職： 代表取締役社長 連絡先：06-6619-9899
㉔ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 杉野 天人 所属名：メディカル朋株式会社 連絡先：06-6616-9899
㉕ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 杉野 天人 所属名：メディカル朋株式会社 役職： 代表取締役社長 連絡先：06-6616-9899
㉖ 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
㉗ その他必要な事項	遅刻は原則的に認めない。遅刻の場合は欠席扱いとなり、補講を受けなければならない。 退校処分の取扱い 下記に該当する者は事業者の判断により当該受講生の受講を取り消すことができる。 ・学習意欲が著しく欠け、終了の見込みがないと認められる者 ・学習態度が著しく悪く、カリキュラムの進行を妨げる者 ・他の受講者の学習を著しく妨げる者 ・自力で演習内容を行うことが出来ない者 ・その他、事業者が不適当とみなした者 *受講を取り消されるに至った者は、その間履修した当該研修について全て無効とし、返金等は一切行わないものとする。

<p>※1 大阪府からのお知らせ</p>	<p>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</p> <p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>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。</p>
<p>※2 研修事業者の指定担当</p>	<p>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</p>