

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社信
②研修事業の名称	株式会社信 Liebe ケアスクール深井校 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 (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	2 6 5
⑥開講の目的	高齢化社会の進展に伴い、介護サービスに対する利用者のニーズは多様化の一途を辿る中、より質の高い介護員の育成が急務とされています。そうした背景を踏まえ、これからの在宅ケアを中心とした地域福祉に貢献し得る有能な人材の育成を目的とし研修事業を実施します。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	大阪府堺市中区深井沢町 3284 安田ビル 7 階
⑧実習施設	1 <input type="checkbox"/> 実施しない 2 <input type="checkbox"/> 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	中央法規「介護職員初任者研修テキスト」
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	(1) 開講日現在において満 16 歳以上の方 (2) 研修全日程をすべて受講できる方 (3) 介護事業に従事することを希望する方 (4) 日本語による学習にサポートが必要ない方
⑬広告の方法	ダイレクトメール、新聞折込みチラシ、堺市広報誌及び自社のホームページにおいて行う。
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。 https://liebe-kaigo.com/

<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>研修の受講手続は次のとおり行います。</p> <p>(1)受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付します。</p> <p>(2)申込書に必要事項を記入の上、郵送にてお申し込み下さい。FAXでの申し込みも可としますが、後日申込書原本をご提出下さい。</p> <p>(3)申込書の提出のあった方から順次、受講料支払いのための書類を受講者宛に送付します。</p> <p>(4)受講希望者は(3)の書類到着後速やかに当社の指定する金融機関口座へ受講料をお支払い下さい。(一括支払のみ)</p> <p>(5)受講料の支払いの確認できた方から順次、受講を決定します。</p> <p>また、応募者多数により定員を超えた場合は受付を終了します。</p> <p>(6)本人確認は開講日のオリエンテーションにて運転免許証又は健康保険被保険者証により行います。</p> <p>なお、教育訓練給付制度の活用はできません。</p>
<p>⑯受講料及び受講料支払方法</p>	<p>45,000円(教材費、消費税含む)</p> <p>※交通費、昼食代、補習費用などは上記受講料には含まれていません。受講者様において別途負担して下さい。</p> <p>※下記口座にお振込み下さい。なお、振込手数料は受講者様がご負担下さい。</p> <p>【銀行・支店名】 徳島大正銀行 堺支店</p> <p>【口座の種類・番号】 普通預金 8520273</p> <p>【口座名義】 有限会社信 代表取締役 増崎一樹</p>
<p>⑰解約条件及び返金の有無</p>	<p>受講者からの解約：</p> <p>(1)開講日の10日前まで ⇒受講料の全額を返金します。</p> <p>(2)開講日の3日前まで ⇒受講料の半額を返金します。</p> <p>それ以降、一旦支払われた受講料の返金には一切応じることができません。</p> <p>なお、返金が生じる場合は、受講者様金融機関口座への振り込みにより返金しますが、その際の振込手数料は受講者様が負担するものとします。</p> <p>研修事業者からの解約：</p> <p>(1)⑯受講資格(1)又は(4)を満たさないことが判明したとき</p> <p>(2)研修中、不適切な言動等、他の受講者に対する迷惑行為を繰り返し行い、講師等からの注意や指導に従わないとき</p> <p>※(2)により受講を打ち切った場合、受け取った受講料の返金には一切応じません。</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)</p> <p>(1) 職員は業務上知り得た受講者の個人情報については、当該受講者が研修修了を円滑に達成するための使用のほか、当社で実施する他の課程に係る講座案内書送付のために使用するものとし、その他の使用については一切行いません。</p> <p>(2) 職員は(1)の個人情報につき秘密を保持し、第三者への漏洩等は一切行いません。職員の退職後も同様とし、これを職員との雇用の条件とします。</p> <p>(3) 修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載されます。</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します。</p> <p><通信添削課題></p> <p>自宅学習において弊社作成の通信添削課題（各科目ごとに配布）に取り組み、各期限までに提出して下さい。各科目 100 点満点中 60 点以上の正解者を合格とし、合格点に満たない場合は合格点に達するまで再提出していただきます。</p> <p><修了評価（筆記試験）></p> <p>修了評価において 60 点以上の正解をもって合格とし、不合格の場合は結果発表後直ちに 30 分間の補習のうえ、合格点に達するまで再試験（再評価）を行います。（補習費、再評価費とも無料）</p> <p><研修修了の認定></p> <p>①通信添削課題及び修了評価に合格していること。</p> <p>②スクーリング全日程について出席していること（補講をもって出席とみなした者を含みます）。</p> <p>③受講料が完納されていること。</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>⑳ 補講の方法及び 取扱</p>	<p>補講の方法：</p> <p>原則、当社で開講する他コースでの同じ科目の振替受講又は個別対応で実施します。</p> <p>個別対応補講費用：1時間につき 4,000円</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のとおり取り扱います。ただし、受講料の減免措置はありません。</p>
<p>㉒ 受講中の事故等 についての対応</p>	<p>当社の責めに帰すべき事由による事故等についてのみ弊社が加入する傷害保険で対応します。なお、保険料の受講者負担は求めません。</p>
<p>㉓ 研修責任者名、所 属名及び役職</p>	<p>氏名：増崎 一樹</p> <p>所属：当社代表者</p> <p>役職：代表取締役</p>

②4 課程編成責任者 名、所属名及び役職	氏名：増崎 一樹 所属：当社代表者 役職：代表取締役
②5 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：増崎 一樹 所属：当社代表者 役職：代表取締役 連絡先：072-277-0118
②6 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：日高 彩花 所属：L i e b e ケアスクール深井校 連絡先：072-277-0118
②7 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：増崎 一樹 所属：当社代表者 役職：代表取締役 連絡先：072-277-0118
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します。 ・証明書交付手数料：300円
②9 その他必要な事項	遅参の取扱い： 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし欠席とします。その際、「②0補講の方法及び取扱」に従って補講を受けなければならないものとします。 退校処分の取扱い： 他の受講者への迷惑行為や学習意欲の低下が顕著の場合など受講態度が不良であり、これ以上受講を継続することが困難であると弊社が判断した場合。なお、これにより退校処分となった場合であっても受講料の返金には一切応じることはできません。あらかじめご承知下さい。

※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