

(別添 2 - 1)

## 学 則

①商号又は名称	株式会社セルヴィス
②研修事業の名称	株式会社セルヴィス 関西医療福祉アカデミー 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 通学形式 ・ 通信形式
⑤事業者指定番号	2 2 0
⑥開講の目的・理念	超高齢化社会に進む中で、介護職の人材確保は重要な課題です。 一人でも多くの介護員の育成は急務ではありますが、当校では介護職の仕事を理解した上で、高齢者の人格を尊重し、「誠実にして社会に役立つ」人材の育成を目指します。 経営理念でもある、高齢者とその家族に「安心」と「安らぎ」を提供できる介護員を多く輩出することで、微力ながら社会貢献となることを望みます。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	関西医療福祉アカデミー 東大阪校 大阪府東大阪市下小阪 5-1-21 山三エイトビル 4 階 B 号室  関西医療福祉アカデミー 夕陽丘校 大阪市天王寺区上汐 4-4-1 大阪府立夕陽丘高等職業技術専門校 6 階 A 教室
⑧実習施設	1 <input checked="" type="checkbox"/> 実施しない 2 実施する
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	株式会社日本医療企画 介護職員初任者研修課程テキスト 全 3 巻セット
⑪シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫受講資格	開講日時において満 15 歳以上の者で、研修日程通りに通学することが可能な方
⑬広告の方法	ホームページ、案内ちらし、情報誌にて行う。
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。 ホームページアドレス : <a href="http://e-kaigo.net/">http://e-kaigo.net/</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>ホームページまたは配布案内ちらしにより宣伝をし、電話またはFAXにて申し込みのあった方に、こちらより詳細を伝える。 また事前説明会を開催し、受講希望があれば手続きを行う。 原則、選考は行わない。 本人確認は入校式において、次の①～⑦のいずれかにより受講者本人であることの確認を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票</li> <li>② 住民基本台帳カード</li> <li>③ 在留カード等</li> <li>④ 健康保険証</li> <li>⑤ 運転免許証</li> <li>⑥ パスポート</li> <li>⑦ 年金手帳</li> </ul> <p>運転免許以外の国家資格を有する者については、その免許証又は登録証等々で、本人確認をする。</p>
<p>⑯受講料及び受講料支払方法</p>	<p>受講料 60,000 円（消費税含む） テキスト代 6,480 円（消費税含む） 原則受講開始日に現金にて支払いとする。 ※分納については応相談 振込を希望する場合の振込先 <b>【りそな銀行 小阪支店 普通 0085681 株式会社セルヴィス】</b></p>
<p>⑰解約条件及び返金の有無</p>	<p>申し込み後やむを得ず、受講者の都合で申込みを辞退する場合は、辞退したい旨を申し出た上で手続きを行う。開講 7 日前までは全額返金する。開講前日までは半額返金。開講日当日以降はキャンセルを不可とし返金も認めない。 テキスト代、その他の費用に関して返金を行わない。 また応募者が定員に満たない場合は開講を中止する場合がある。 弊社都合での不開講については、全額返金とする。</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 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 株式会社セルヴィスは「個人情報保護法」その他関係法令を遵守の上、受講者から得た個人情報については、下記目的で適正に取り扱うものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.研修受講において受講者本人の確認と受講手続きを行うため</li> <li>2.就職を希望する者に対しての情報提供や郵送など、求職者サポートのため</li> <li>3.研修修了認定者の大阪府への報告にて修了者名簿の提出のため</li> </ul> <p>取得した個人情報については講座運営の目的以外には使用しない。 尚、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される旨を伝える。</p>

<p>⑱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。</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>修了評価試験不合格時の取り扱い：結果発表後、一両日中に補習を規定時間分受講した後再評価を受けることができる。</p> <p>再評価費 1,000円 (補習規定時間と費用について)</p> <p>補習規定時間 69点以下(1時間)必須</p> <p>補習費用 2,000円・再評価試験の回数は最大3回までとする。</p> <p>再評価は70点以上を合格とし、最終試験の結果不合格となった場合は未修了扱いとなる。</p>
<p>⑳補講の方法及び取扱</p>	<p>補講の方法：レポートの提出(1,200文字以上)または補講により出席の扱いとする。</p> <p>補講費用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レポートの場合：費用なし</li> <li>・個別対応補講費用：1日5,000円</li> <li>・その他、実費が必要な場合についても本人負担とする</li> </ul>
<p>㉑科目免除の取扱</p>	<p>科目免除の取り扱いはしない。</p>
<p>㉒受講中の事故等についての対応</p>	<p>受講中に生じた事故については講師にて緊急対応し、必要に応じて研修責任者が対応する。また家族や関係機関等連絡を行うとともに病院受診等の必要な措置を講じる。尚、校内における受講生の事故(ケガ)及び実習先における第三者への物資・人身事故は受講者本人の自己責任とし、弁償を求める。</p>
<p>㉓研修責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：今井 直人 所属名：関西医療福祉アカデミー 役職：校長</p>
<p>㉔課程編成責任者名、所属名及び役職</p>	<p>氏名：田原 砂智子 所属名：関西医療福祉アカデミー 役職：講師</p>
<p>㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先</p>	<p>氏名：渡辺 誠 所属名：職業人材事業部 役職：キャリアアドバイザーマネージャー 連絡先：06-6730-3400</p>
<p>㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先</p>	<p>氏名：今井 直人 所属名：関西医療福祉アカデミー 連絡先：06-6770-3528</p>

<p>㉗ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先</p>	<p>氏名：今井 直人 所属名：関西医療福祉アカデミー 役職：校長 連絡先：06-6770-3528</p>
<p>㉘ 修了証書を亡失・ き損した場合の取扱 い</p>	<p>「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</p>
<p>㉙ その他必要な事項</p>	<p>遅刻の取り扱い：研修開始前の出欠確認時点で、出席が確認できな かった場合は遅刻とみなす。10分以上遅刻した場合は欠席扱いとす る。その際は補講を受けるか、レポートを提出するかなければなら ない。 退校処分 of 取り扱い：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。 ① 学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者 ② 学習態度が著しく悪く講義の進行を妨げる者 ③ 他の受講者の学習を著しく妨げる者 ④ 自力で演習内容を行う事が出来ない者 ⑤ 修了試験を受けることができない者 ⑥ その他、事業者が不相当とみなした者  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 てはすべて無効とする。</p>

<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 【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。</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 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：<a href="http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/">http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/</a></p>
----------------------	---