

(別添 2 - 1)

## 学 則

|                     |  |
|---------------------|--|
| ① 商号又は名称            | 株式会社スタッフ満足   |
| ② 研修事業の名称           | 株式会社スタッフ満足<br>イキイキ介護スクール介護職員初任者研修課程  |
| 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<br>○ 通学形式<br>・ 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           | 169  |
| ⑥ 開講の目的             | 少子・高齢社会の進展等により、福祉サービスに対する需要の増大・多様化が見込まれ、また利用者本位の質の高い福祉サービスの提供が求められることから、サービス提供の根幹である福祉・介護人材を養成する。  |
| ⑦ 講義・演習室<br>(住所も記載) | 長居教室<br>大阪市住吉区长居 1-14-29-200<br>花園町教室<br>大阪市西成区松 1-1-31  |
| ⑧ 実習施設              | ○ 1. 実施しない<br>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            | 中央法規出版「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              | 開講日時点において満 16 歳以上の者で、福祉・介護の就業を希望している者  |
| ⑬ 広告の方法             | ダイレクトメール、チラシ・ポスターおよび WEB 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。<br>ホームページアドレス： <a href="http://ikiiki-school.jp/">http://ikiiki-school.jp/</a> |

|  |  |
|--|--|
| <p>⑮ 受講手続き及び本人確認の方法<br/>(応募者多数の場合の対応方法を含む)</p> | <p>受講希望者には受講要領、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。受講申し込みにあたっては、本人確認が必要なことから当スクール事務所で行う。</p> <p>本人確認は受講申し込み時または初回受講時に以下の書類のいずれかで行う。確認書類の原本もしくは写しは初回受講日より 5 年間保存するものとする。</p> <ol 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> <li>(8) その他</li> </ol> <p>応募者多数の場合は先着順とする。</p> |
| <p>⑯ 受講料及び受講料支払方法</p>                          | <p>52,800 円(テキスト代、消費税含む)</p> <p>開講日の 7 日前(直近の申し込みの場合は受講決定翌日もしくは開講日の前日のどちらかはやい日)までに下記口座あて振込にて支払うこと。</p> <p>口座:りそな銀行難波支店 普通 0596747</p> <p>名義:株式会社スタッフ満足</p> <p>※受講料の分割払い可(支払方法は当社規定による)</p>   |
| <p>⑰ 解約条件及び返金の有無</p>                           | <p>受講者からのキャンセル:</p> <p>開講日の 7 日前までは既払金の全額を返金する。</p> <p>3 日前までは受講料の半額もしくは既払金のどちらか低い金額を差し引き返金する。前日までは受講料の 75%を既払金のどちらか低い金額を差し引き返金する。返金にあたっては振込手数料を控除する。</p> <p>当日ならびに受講開始後のキャンセルは返金しない。</p> <p>当社からのキャンセル:</p> <p>開講日の 3 日前に受講者が 5 名に満たなかった場合は休講とし、申込者へ通知のうえ既払金の全額を返金する。返金にあたっては振込手数料を控除しない。</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・<b>無</b>)</p> <p>受講(申込)者から得た個人情報は「個人情報の取り扱いについて」に従い適切に管理、利用する。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。</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。<br/> 研修の修了年限:8ヶ月<br/> 修了評価方法:(別添2-9)を参照。<br/> 修了評価筆記試験不合格時の取扱い:<br/> 不合格となった者は2時間の補習のうえ、補習当日に再試験を実施する。この場合補習・再評価費用は3,300円(消費税込み)とする。<br/> 再評価の試験の回数は最大3回までとする。<br/> 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:<br/> 3ヶ月に1回程度補講用のカリキュラムを策定し実施する。ただし、現に開講しているカリキュラムで定員に達していないものについて、振替受講を可能とする。<br/> 補講に要する費用:補講時間×1,100円(消費税含む)</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う。ただし、受講料の減免措置はない。</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等については、当社の責に帰する範囲において当社が加入する損害保険で対応する。</p>  |
| <p>㉓ 研修責任者名、所属名及び役職</p>        | <p>氏名:矢野 仁<br/> 所属名:イキイキ介護スクール<br/> 役職:事務局長</p>   |
| <p>㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職</p>      | <p>氏名:花尾 奏一<br/> 所属名:イキイキ介護スクール<br/> 役職:主任講師</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:矢野 仁<br/> 所属名:イキイキ介護スクール<br/> 役職:事務局長<br/> 連絡先:06-6690-5313</p>   |
| <p>㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先</p>     | <p>氏名:花尾 奏一<br/> 所属名:イキイキ介護スクール<br/> 連絡先:06-6690-5313</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:矢野 仁<br/> 所属名:イキイキ介護スクール<br/> 役職:事務局長<br/> 連絡先:06-6690-5313</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。<br/> ・証明書交付に係る費用:3,300円(消費税含む)</p>   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <p>㊟ その他必要な事項</p> | <p>遅参の取扱い:<br/> 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する。その際、当事業所が設定する日程において補習を受けなければならない。</p> <p>退校処分の取扱い:<br/> 故意に講義・演習の進行を妨げる者、他の受講生の受講に支障をきたす行為を繰り返す者、その他これら行為に類する行為を行う者は退校処分とする。</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</p> <p><b>【内容及び手続きの説明及び同意】</b></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<br/> 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ<br/> 電話：06-6944-9165</p> |
|----------------------|--|