

(別添2-1)

初任者研修 学 則

① 号又は名称	NPO 法人れんげメディカルグループ
② 修事業の名称	NPO 法人れんげメディカルグループ「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 ・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	NPO 法人れんげメディカルグループが大阪府の指定を受けて訪問介護サービスに従事する、優れた人材の養成を目的に実地するものである。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義・演習室：J 国際学院 大阪市西区立売堀 1 丁目 1 番 3 号
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	テキスト：一般財団法人 長寿社会開発センター 「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	訪問介護サービスに従事することを希望する者、介護に関心のある者なら受験可能。但し、未成年者については保護者の同意が必要。
⑬ 広告の方法	ホームページ、市の広告、社協だより、新聞・折込チラシ等に掲載し、チラシを福祉施設等に配置する。
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://rengel.org
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)	申込用紙に必要事項を記入し、入金確認により受講確定とする。 なお、本人確認については、受講確認時に本人確認書類として定められた書類等を提出することにより行う。 申込は先着順とし、定員を超えた場合は、次回研修講座で対応する。
⑯ 受講料及び受講 料支払方法	65,000 円 (テキスト代、消費税含む) 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 近畿大阪銀行 難波支店 普通 0404621 名義人 NPO 法人れんげメディカルグループ
⑰ 解約条件及び返 金の有無	開講後、受験料の返金は一切しない。 但し、10 名に満たず開講中止となった場合に限り、支払済みの受講料は全額返金する。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 <ul style="list-style-type: none"> ・受講生の個人情報は、講座運営に関してのみ利用し、それ以外の目的で利用しない。 ・受講生の同意を得ていない個人情報については、第3者に開示することは一切しない。但し、実習先へは、実習に最低限必要な情報を提供するものとし、受講生は同意するものとする。 <p>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>
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：個別対応で実施する。 補講に要する費用：1項目あたり2,000円(税抜)
㉑科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者研修実施要項の規程のとおり扱う。但し、受講料の減免措置はない。
㉒受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故については、弊法人にて応急処置を行う。
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名：高橋 正則 所属名：NPO 法人れんげメディカルグループ 役職：課長
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：高橋 正則 所属名：NPO 法人れんげメディカルグループ 役職：課長
㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：高橋 正則 所属名：NPO 法人れんげメディカルグループ 役職：課長 連絡先：06-4391-3711
㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：内村 里美 所属名：NPO 法人れんげメディカルグループ 連絡先：06-4391-3711
㉗情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：金 善暲 所属名：NPO 法人れんげメディカルグループ 役職：本部長 連絡先：06-4391-3711
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：1,000円(税抜)
㉙その他必要な事項	

※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 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： http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/
---------------	--