

(別添 2 - 1)

学 則

① 商号又は名称	株式会社クオレ
② 研修事業の名称	クオレ 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 ・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	35
⑥ 開講の目的	社会的な支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、必要な知識と技能を有する介護職員を養成し、広く地域社会に貢献することを目的とします。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	大阪市西淀川区大野 3-1-4 テクニカビル クオレ研修センター2 階研修室
⑧ 実習施設	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	株式会社日本医療企画 初任者研修課程テキスト
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照
⑫ 受講資格	・18歳以上で、演習を含む全ての課程を修了することが可能な方 ・高齢者介護に熱意があり就業を希望している方 ※未成年が受講する場合には、保護者の同意を得ることが必要です。
⑬ 広告の方法	自社ホームページにて広報
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://www.cuores.com/seminar.php
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)	【受講手続】 ・受講希望者は事業者にて、電話・FAX、メールにて資料の請求をする。 ・事業者は受講希望者にて、本学則、講座受講のご案内、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 ・受講希望者は事業者にて、FAXにて受講申込書を送り、所定の振込書にて受講料を支払う。 【本人確認の方法】 ・受講申込み時に本人確認書類として定められた書類を提出することにより行う。 ※応募多数の場合は、先着順とする。
⑯ 受講料及び受講 料支払方法	受講料 64,800 円 (税込) + 6,480 円 (テキスト代、税込) 支払方法：開講 1 週間前までに現金または口座振込
⑰ 解約条件及び返 金の有無	一旦支払われた受講料の返還はいたしません。 但し、受講者が最低人員 (5 名) に達しない時は、受講料の全額を返還いたします。

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 (有・無) 受講生から得た個人情報については、講座に関する連絡事項や運営においてのみ使用する。 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。
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か月 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】 原則として、個別対応で実施する。 個別対応補講費用：1時間当たり 2,160円 (税込)
㉑ 科目免除の取扱	介護等の実務経験者には、大阪府の規定に従って科目免除を行う。但し、受講料の割引は行わない。
㉒ 受講中の事故等 についての対応	受講中の事故は自己責任とする。 (但し、明らかに弊社の過失と判断できる場合を除く。)
㉓ 研修責任者名、所 属名及び役職	氏名：後藤洋子 所属名：株式会社クオレ 本部 役職：介護職員養成講座 責任者
㉔ 課程編成責任者 名、所属名及び役職	氏名：後藤洋子 所属名：株式会社クオレ 本部 役職：介護職員養成講座 責任者
㉕ 苦情等相談担当者 名、所属名、役職及 び連絡先	氏名：七里洋子 所属名：株式会社クオレ 本部 役職： 連絡先：06-6474-1950
㉖ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡 先	氏名：七里洋子 所属名：株式会社クオレ 本部 連絡先：06-6474-1950
㉗ 情報開示責任者 名、所属名、役職及 び連絡先	氏名：七里洋子 所属名：株式会社クオレ 本部 役職： 連絡先：06-6474-1950
㉘ 修了証書を亡失・ 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：1,080円 (税込)
㉙ その他必要な事項	【遅参の扱い】 30分以上の遅刻は欠席とする。その場合、当事業者が設定する日程において補習を受けなければならない。 【退校処分の扱い】 講師の指示に従わなかったり、他人への迷惑行為、講座運営に支障をきたす行為等があった場合、退校処分となる場合がある。

<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 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/</p>