

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	有限会社 ボンテ
②研修事業の名称	有限会社ボンテ 介護職員初任者研修 (通信)
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	201
⑥開講の目的	少子高齢化が進展し、医療・福祉の需要が増大する中、介護サービスの担い手となる人材の確保が重要になっている。 このような状況の中、介護を担う人材育成に寄与するため、介護の知識、技術、基本姿勢を習得し質の高い介護職員の養成をすることを目的とする。
⑦講義・演習室 (住所も記載)	・ウエルアカデミー 郵便番号 560-0021 豊中市本町 2-2-5 グロウ豊中ビル 6F 602 ・豊中市母子父子センター 郵便番号 561-0881 豊中市中桜塚 2 丁目 28 番 8 号地域共生センター内
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	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	受講対象者は下記の条件を満たしている者とする。 ① 介護職員として従事する予定又は従事することを希望する者 ② 計 130 時間の研修受講が可能な者
⑬広告の方法	自社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。 ホームページアドレス : http:// well-academy.net/

<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>① 当社指定の申込用紙に必要事項を記入し郵送又は Web 手続きにより申し込む。但し、定員に達した時点で申込受付を終了とする。 ② 当社が申込内容を確認後、受講料等支払いのための書類を受講申込者に送付する。 ③ 受講申込者は受講料等支払いのための書類到着後、指定期日までに受講料を納付する。 ④ 当社は受講料等の納付の確認した後、教材を配布する。 ⑤ 受講申込の際に、下記による本人確認を行なうこととする。 ・ 戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票提示 ・ 健康保険証・免許証・パスポート・住民基本カード等 ・ その他、本人確認ができるもの</p>
<p>⑯受講料及び受講料支払方法</p>	<p>受講料：53,900 円（消費税込） 支払い方法：所定の口座へ振り込み（振込手数料は自己負担）</p>
<p>⑰解約条件及び返金の有無</p>	<p>受講生より解約の場合：教材到着後 8 日以内に教材を返送した場合は解約が可能（クーリングオフ）。受講中の解約についてはやむを得ない理由がある場合（体調不良・遠方への引越し等）以外は受講料の返還は行わない。 事業者都合の解約の場合：全額返金。</p>
<p>⑱受講者の個人情報取扱</p>	<p>個人情報保護規程策定の有無 <input checked="" type="checkbox"/>有・無 受講者から得た個人情報については下記目的で使用する場合があります ① 弊社からの教育講座のご案内 ② 弊社からの商品のご案内 ③ 弊社からの就業に関するご案内 ④ お客様との連絡及び満足度調査 ⑤ 実績報告の為に都道府県に提出する場合 なお修了者名は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。</p>
<p>⑲研修修了の認定方法</p>	<p>認定方法：定めるカリキュラムに於いて、全ての添削課題合格ライン達成、スクーリング全過程出席、知識、技術の評価の合格、終了試験の合格、及び受講料の完納されている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。</p>
<p>⑳補講の方法及び取扱</p>	<p>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 3,300 円（消費税込） 修了期限内に補講を終了できない場合は修了不可とする。</p>
<p>㉑科目免除の取扱</p>	<p>科目免除は行わない</p>
<p>㉒受講中の事故等についての対応</p>	<p>研修中の事故は明らかに当社の過失と判断できる場合を除き自己責任とする。当社の過失であると判断した場合、必要な措置を講じ、大阪府に報告する。</p>

㉓ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：高橋秀政 所属名：有限会社ボンテ 役職：責任者
㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：高橋秀政 所属名：有限会社ボンテ 役職：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：細川和孝 所属名：有限会社ボンテ 役職：責任者 連絡先：06-6855-8686
㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：高橋秀政 所属名：有限会社ボンテ 連絡先：06-6855-8686
㉗ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：高橋秀政 所属名：有限会社ボンテ 役職：責任者 連絡先：06-6855-8686
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：800円
㉙ その他必要な事項	<p>「遅刻の取り扱い」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遅刻に関しては理由の如何に関わらず欠席とみなす。ただし公共交通機関遅延による場合は証明書の提出により研修開始時間より10分までは認める。またやむを得ず欠席する場合は「欠席届」を提出する。 <p>「受講の取り消し」</p> <p>次に該当する者は受講を取り消すことができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受講に関する当社の必要な照会に対して虚偽回答や回答を拒否したとき。 ・本研修あるいは当社の名誉を棄損または秩序を乱したとき。 ・講義の進行を妨げるなどの迷惑行為や講師・職員の指導に従わず、他の受講生に迷惑をかけると判断したとき。 ・故意に当社の施設や設備を棄損したとき。 ・受講証を他人に貸与し、貸与を受けた者が本研修を受講したとき。 ・定められた学習期間を超えたとき。 ・その他処分を適当とする行為があったとき。 <p>※なお、上記理由により除籍を行った場合、一切の保証返金はいたしません。</p> <p>「受講期間の延長」</p> <p>体調不良により受講が困難になった場合は、受講継続について協議し、所定の手続きにより延長を認める。</p>

※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
---------------	---