

(別添 2 - 1)

## 学 則

① 号又は名称	学校法人平成医療学園
② 修事業の名称	平成医療学園 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 ・ <u>通信形式</u> (通信学習実施計画書 (別添 2 - 10) を参照。)
⑤ 事業者指定番号	51
⑥ 開講の目的	福祉及び介護に関する知識、技能を習得することは本学の理念である 「徳義の涵養と人間尊重の実践」の実現に必須であると考えます。 高齢社会の到来に際し、社会に貢献できる人材を育成することを目的とする。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義・演習: なにわ歯科衛生専門学校校舎 大阪市北区大深町 2-179
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	「介護職員初任者研修課程 日本医療企画」
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	本校 2 年修業時において、受講を希望する者。
⑬ 広告の方法	本校学生のみ対象のため、行わず。
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://www.heisei-iryo.ac.jp/">http://www.heisei-iryo.ac.jp/</a>
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)	受講対象学年において、希望者を募る。 応募者多数の場合、講座を増やす事に対応する。
⑯ 受講料及び受講 料支払方法	56,000 円 (消費税含む、テキスト代込) 学費納入時に実習料として徴収する。 テキスト代は受講時に別途徴収する。

⑰ 解約条件及び返金の有無	一旦納入された受講料については、一切返金を認めない。
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) 鍵付き棚にて鍵を施錠し管理する。 外部への個人情報の流失を防止するため、管理者が責任を持って保管する。 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：同一内容の講義・演習を別の日に新たに設定し、個別の対応で行う。 他教室への振替補講費用:なし 個別対応補講費用:5,000円(1科目あたり) レポート課題を課した場合:なし
㉑ 科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定の通り取り扱う。ただし授業料の減免措置はない
㉒ 受講中の事故等についての対応	受講生は速やかに事務局まで連絡を行うものとする。 その際、事務局は早急に対応するものとする。 受講中に生じた事故等については、当学園が加入する will2 (日本看護学校協議会共済会保険) で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
㉓ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：吉岡 裕美子 所属名：教務部 役職：教務主任
㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：吉岡 裕美子 所属名：教務部 役職：教務主任
㉕ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：寿倉 悠介 所属名：事務室 役職：事務員 連絡先：学校法人平成医療学園 なにわ歯科衛生専門学校 大阪市北区大深町 2-179 TEL06-6375-1400 FAX06-6375-3933

②⑥ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡先	氏名：蚊崎 洋介 所属名：事務室 役職：総務係長 連絡先：学校法人平成医療学園 なにわ歯科衛生専門学校 大阪市北区大深町 2-179 TEL06-6375-1400 FAX06-6375-3933
②⑦ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先	氏名：蚊崎 洋介 所属名：事務室 役職：総務係長 連絡先：学校法人平成医療学園 なにわ歯科衛生専門学校 大阪市北区大深町 2-179 TEL06-6375-1400 FAX06-6375-3933
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：200 円
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： <a href="http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/">http://www.pref.osaka.jp/chiikifukushi/</a>
---------------	--