

(別添 2 - 1)

学 則

① 商号又は名称	寝屋川市
② 研修事業の名称	寝屋川市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 (介護職員初任者研修課程)
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	306
⑥ 開講の目的	介護現場の慢性的な人手不足の解消とシニア層の健康増進を目的に 新規事業の実施し、有資格者の育成 (人材の育成)
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	大阪府寝屋川市池田西町 24 番 5 号 池の里市民交流センター内
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	中央法規出版株式会社 「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	開講時点概ね 55 歳以上の無資格者かつ 福祉・介護の就業を希望している者
⑬ 広告の方法	寝屋川市ホームページ チラシ
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： https://www.city.neyagawa.osaka.jp/organization_list/ fukushi/koreikaigoka/kenkosyurojinnzaibank/26961.html

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)	受講希望者は、「グランマイスター倶楽部」シルバー世代向けの専門人材バンクに登録いただいた後に、受講 本人確認方法：開講式の日に次の①～⑩のいずれかの原本または写しを持参して頂きます。 ①戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 ②住民基本台帳カード ③在留カード等 ④資格確認書 ⑤運転免許証 ⑥パスポート ⑦年金手帳 ⑧障害者手帳 ⑨マイナンバーカード ⑩運転免許以外の国家資格を有するものについては、その免許証又は登録証 応募者多数の場合には先着順
⑯受講料及び受講料支払方法	0 円 (テキスト代、消費税含む)
⑰解約条件及び返金の有無	受講をとりやめた場合は、テキスト返却
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) 受講者から得た個人情報については、目的以外には利用しません 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。 研修の修業年限：8ヶ月以内 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、次回開催時振替(8ヶ月以内) 「(1)職務の理解」及び「(10)振り返り」、並びに「(2)介護における尊厳の保持・自立支援」の「③人権啓発に係る基礎知識」及び実技演習を実施した項目のレポートによる補講は実施しない。 他教室への振替補講費用：無料(8ヶ月以内)
㉑科目免除の取扱	なし
㉒受講中の事故等 についての対応	受講中に生じた事故等については、自己負担
㉓研修事業を実施 する府内の事業所 所在地	郵便番号：572-8566 所在地：大阪府寝屋川市池田西町24番5号
㉔研修責任者名、所 属名及び役職	氏名：石峰 昌明 所属名：寝屋川市福祉部 高齢介護室 役職：課長
㉕課程編成責任者 名、所属名及び役 職	氏名：石峰 昌明 所属名：寝屋川市福祉部 高齢介護室 役職：課長

②⑥ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 西垣 紗弥 所属名：寝屋川市福祉部 高齢介護室 役職：副係長 連絡先：072-812-2560
②⑦ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：岩田 郁子・杉本 貴子 所属名：寝屋川市福祉部 高齢介護室 連絡先：072-812-2560
②⑧ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：石峰 昌明 所属名：寝屋川市福祉部 高齢介護室 役職：課長 連絡先：072-812-2560
②⑨ 修了証明書を亡失・き損した場合の取扱	「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： 0 円
③⑩ その他必要な事項 寝屋川市への苦情対応連絡先	寝屋川市 企画二課 連絡先：大阪府寝屋川市本町 1 番 1 号（市役所本館 2 階） 072-825-2019

※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、受え講の受付に際し、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
---------------	---