

(別添 2 - 1)

学 則

① 商号又は名称	株式会社コリオン
② 研修事業の名称	株式会社コリオン 介護スクール 介護職員初任者研修講座
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	283
⑥ 開講の目的	質の高い教育を提供することにより介護、福祉の優秀な人材を育成する。また、介護、福祉に興味をもち、知識や技術の習得を目的とする。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	デイサービスセンターコリオン 3 号館 大阪府岸和田市中井町 2-2-2
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	開校日時点において中学校を卒業した者 介護・福祉の就業を希望している者
⑬ 広告の方法	自社のホームページおよび SNS にて告知を行う。
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://www.korion-ds.com
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)	受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 なお、受講申し込みにあたっては、原本確認が必要なことからコリオン事務所にて行う。 応募者多数の場合には、応募に到達した時点で締め切りとする。 応募者少数の場合、応募者が 7 名に満たない時点で休校とする。

⑯受講料及び受講料支払方法	55,000 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。 関西みらい銀行 岸和田支店 普通 No.0010932 株式会社 コリオン 代表取締役 辻 政秀
⑰解約条件及び返金の有無	受講者からのキャンセル： 開校日の 1 週間前までは全額を返金 3 日間前までは半額を返金 弊社からのキャンセル： 1 週間前に応募者が 7 名に満たなかった場合、応募者に連絡、説明し全額返金する
⑱受講者の個人情報取扱	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は(株)コリオンにおいて保管する。また取り扱いに関しては外部漏洩に十分注意し行うものとする。 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：6 ヶ月 修了評価方法：（別添 2－9）を参照。 修了評価筆記試験不合格時の取扱い： 担当講師による補習のうえ、再試験を実施する。 （補習費用：3,000 円、再評価費用：1,000 円） ただし再評価の試験の回数は最大 3 回までとする。したがって最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるために注意すること。
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 時間あたり 2,000 円
㉑科目免除の取扱	科目免除の取扱いはない
㉒受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故等については、当社が加入する賠償責任保険で対応する。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： 辻 政秀 所属名：法人本部 役職： 代表取締役
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 高瀬 美紀 所属名：通所介護部 役職： 部長

②⑤ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 辻 政秀 所属名：法人本部 役職： 代表取締役 連絡先：072-430-3315
②⑥ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 簗垣 昌代 所属名：法人本部 連絡先：072-430-3315
②⑦ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 辻 政秀 所属： 法人本部 役職： 代表取締役 連絡先：072-430-3315
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： 1,500 円
②⑨ その他必要な事項	遅参の取扱い： 授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかった場合は遅参扱いとし欠席とする。その際問う事業所が設定する日程において補習を受けなければならない。 退校処分の取扱い： 授業態度が悪く、再三指導しても改善が見られない場合もしくは授業の妨害を行った場合は退校処分とする。

※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
---------------	---