

## 学 則

① 商号又は名称	公益社団法人 大阪聴力障害者協会
② 研修事業の名称	公益社団法人 大阪聴力障害者協会 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 - 1 0）を参照。）
⑤ 事業者指定番号	※電話等の連絡後に記載し、直ちに情報開示すること。
⑥ 開講の目的	聴覚障害を持つ高齢者、重複障害者の多様なニーズに対応し、手話等で円滑なコミュニケーションをとることで、その生活を支えるケアを提供するため、手話でコミュニケーションの取れる介護員の養成を行う。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	講義、演習 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター 4階 会議室 大阪市東成区中道 1-3-59
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	中央法規発行 「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	大阪府内に在住する介護業務に就くことを希望するもの
⑬ 広告の方法	当法人の機関紙、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： <a href="http://www.daicyokyo.jp/">http://www.daicyokyo.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)	希望者に案内書を送付。内容を確認後申し込む。但し応募者多数の場合は締め切り後抽選とする。

⑩ 受講料等及び受講料支払方法	受講料 10,000 円 テキスト代 5,500 円 賠償保険 1,670 円 支払方法：開講日に支払う
⑪ 解約条件及び返金の有無	開講日 30 日以前であればキャンセル可 それ以降にキャンセルする場合はテキスト代実費は入金が必要
⑫ 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) 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。
⑬ 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：2 ヶ月 修了評価方法：(別添 2 - 9) を参照。
⑭ 補講の方法及び取扱	補講の方法：補講科目は 3 科目を上限とし、対面形式で補講する。 補講に要する費用：0 円
⑮ 科目免除の取扱	科目免除は行わない。
⑯ 受講中の事故等についての対応	当法人が加入する損害賠償保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
⑰ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：長宗 政男 所属名：公益社団法人 大阪聴力障害者協会 役職：大阪ろうあ会館 事務局長
⑱ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：平太 真佐美 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課課長
⑲ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：平太 真佐美 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課課長 連絡先：TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879
⑳ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：平太 真佐美 所属名：大阪ろうあ会館 連絡先：TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879
㉑ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：平太 真佐美 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課課長 連絡先：TEL06-6796-8306 FAX06-6762-5879
㉒ 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： 0 円

㊟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 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---