

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２－１０）を参照。）				
⑤事業者指定番号	１７３				
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 玉造井上ビル３階 大阪聴力障害者協会会議室 大阪市中央区玉造２丁目１６番８号				
⑧実習施設	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">１</td> <td>実施しない</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">２</td> <td>実施する（実習施設一覧表（別添２－７）を参照。）</td> </tr> </table>	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。）
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： http://www.daicyokyo.jp/				
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 1,760 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	受講生負担の賠償保険で対応する。
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：今井 純子 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課訪問介護グループ 主任
⑲苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：今井 純子 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課訪問介護グループ 主任 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：今井 純子 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：今井 純子 所属名：大阪ろうあ会館 役職：介護支援課訪問介護グループ 主任 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
㉓その他必要な事項	