

学 則

実施機関の概要	事業者指定	平成13年3月9日 3高第248号
	名称	医療法人 啓信会
	所在地	京都府城陽市平川西六反26番地1
	代表者の氏名	理事長 中野 博美
	連絡先	TEL: 0774-56-8131 FAX: 0774-56-8132
	研修担当部署	研修担当部署: ケアスクールリエゾン大久保校 担当者氏名: 播摩 理奈
	連絡先	TEL. 0774-41-2451 FAX: 0774-43-6111
その他の主な事業	病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護・訪問介護・通所リハビリ・在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護	

研修の概要	研修指定	令和4年9月26日 4高第922号
	実施方法	介護職員初任者研修課程 (通信制・直営実施)
	通信学習	10月27日.....第1回提出期限 11月7日.....第2回提出期限 11月14日.....第3回提出期限
	研修の名称	介護職員初任者研修講座 (通信第87回)
	研修の目的	介護職に従事することを希望する方や、家庭内において介護する事を希望する方に受講して頂く事を目的とする。
	取得できる資格の名称	介護職員初任者研修課程
	実施場所	講義 通信学習及びケアスクールリエゾン大久保校 演習 ケアスクールリエゾン大久保校
	募集期間	京都府指定の日 ~ 令和4年10月17日
	研修期間	令和4年10月20日 ~ 令和5年6月19日
	カリキュラム・日程	別添様式第3号-5のとおり
	講師の氏名	別添様式第3号-6のとおり
	研修修了の認定方法 (欠席者の取り扱いを含む)	通信学習: 全3回の添削課題を提出期限までに提出し、各回の採点結果が70点以上であること。採点結果が70点に満たない場合は課題の再提出を義務付ける。 講義・演習: 全講義レポートの提出 講師によるレポートの確認(再提出あり) 修了試験: 全科目受講後修了試験を実施。その採点結果が70点以上であること。採点結果が70点に満たない場合は再試験を実施。 欠席の取り扱い 13時間を超えない範囲においてやむを得ない事情により欠席した者が、当該研修の期間内に行われる下記の補講を受講した時は、出席したものとみなす。 ①当該研修科目と同一の講師が担当する研修を別途受講した場合 (1時間につき2,200円別途必要) ②当該研修期間内で実施されている他のコースにおける当該研修科目と同一の科目を受講した場合 ③当該研修の講義にかかる内容についてはそのすべてを撮影、収録した映像を視聴し、レポートを提出した場合 (講義科目のみ可能)
	受講資格	通信課題の提出期限を厳守し、講義・演習を指定された日時、場所で受講できる心身ともに健康な方
	受講定員	定員25名
	申込・支払方法等	受講申込書に必要事項を記入し、署名・押印の上、募集期間内に申込 受講料等の支払は指定口座へ銀行振込 (振込手数料は受講生負担とする) もしくは現金支払
受講料等	57,200円 (通常) 51,480円 (修了生割引) 54,340円 (修了生紹介割引) 48,400円 (職員割引) ※消費税・テキスト代込み 補講として当該研修科目と同一の講師が担当する研修を別途受講した場合1時間につき2,200円必要	
使用するテキスト	日本医療企画 介護職員初任者研修テキスト	
教育訓練給付制度等	有 (教育訓練給付制度) ・ 無	
不測の事態等の 代行業者	株式会社ユウコム 〒615-0883 京都府京都市右京区西京極南大入町86-2 TEL 075-321-8948 FAX 075-321-8949	

介護員養成研修重要事項説明書

様

介護員養成研修事業について、「京都府介護員養成研修に関する要綱」に基づき、次のとおり説明します。この内容は重要ですから、十分御理解の上、受講いただきますようお願いいたします。

説明年月日 年 月 日

説明責任者

所属 : 医療法人啓信会 介護事業部

氏名 : 安藤 由美子

説明者

所属 : ケアスクールリエゾン大久保校

氏名 :

㊞

研 修 実 施 事 業 者 の 概 要	事業者指定	平成13年3月9日 3高第248号					
	名称	医療法人 啓信会					
	所在地	京都府城陽市平川西六反26番地1					
	代表者の氏名	理事長 中野 博美					
	連絡先	TEL: 0774-56-8131 FAX: 0774-56-8132					
	基本財産・資本金	8,500万円					
	公益法人の場合 主務官庁	京都府健康福祉部医療課 TEL: 075-414-4743					
	担当役員名	原 政幸					
	研修担当部署	研修担当部署: ケアスクールリエゾン大久保校 担当者氏名: 播摩 理奈 Tel 0774-41-2451					
	その他の主な事業	病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護・訪問介護・通所リハビリ・在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護					
過去に京都府内で実施した介護員養成研修の実績	修了証書発行者延数	基礎研修	初任者研修	1級	2級	3級	
	通学	85名	395名		633名		
	通信	149名	1245名	14名	3013名		

研 修 受 講 料 の 支 払 方 法 等 及 び 苦 情 等 の 窓 口	研修指定	令和4年9月26日 4高第922号					
	実施方法	介護職員初任者研修課程 (通信制・直営実施)					
	通信学習	10月27日 ... 第1回提出期限					
		11月7日 ... 第2回提出期限					
		11月14日 ... 第3回提出期限					
	受講料等の詳細						
	受講料	57,200円(通常) 51,480円(修了生割引) 54,340円(修了生紹介割引) 48,400円(職員割引) ※消費税・テキスト代込み 補講として当該研修科目と同一の講師が担当する研修を別途受講した場合1時間につき 2,200円必要					
	支払方法等						
	支払方法	受講申込書に必要事項を記入し、署名・押印の上、募集期間内に申込 受講料等の支払は指定口座へ銀行振込(振込手数料は受講者負担とする)もしくは現金支払					
	支払期日	原則 研修開始日前日とし、分割の場合、1回目の支払として研修開始日前日までに20,000円以上支払、残金は通学最終日までに支払					
教育訓練給付制度等	㊞ ・ 無						
利用者からの解約	学則、カリキュラム及び、重要事項説明書の記載内容と著しく反する講習を行った場合 (受講料は全額返還することとする)						
事業者からの解約	受講者数が8名に満たない場合(受講料は全額返還することとする) 研修態度が著しく悪い等、規定時間数の受講が困難な場合(受講料・教材費返還はしないこととする)						
苦情等の窓口	[担当部署名] ケアスクールリエゾン大久保校 [担当者氏名] 松永 祐介 [TEL] 0774-41-2451 [FAX] 0774-43-6111						