

(別添 2 - 1)

## 学 則

① 商号又は名称	一般社団法人リトルウィング
② 研修事業の名称	一般社団法人リトルウィング YCC ケアスクール 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	270
⑥ 開講の目的	介護に関する業務に従事する者、将来従事を希望する者にグループ の現場で働く講師により、質の高い実践的な知識及び技能を習得し、 より良い介護職員を養成する。
⑦ 講義・演習室 (住所も記載)	・大阪府寝屋川市香里北之町 3-20 YCC カレッジ内 教室①または、教室③④
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	日本医療企画 初任者研修課程テキスト第 5 版 (ふりがな付) 全 3 巻セット
⑪ シラバス	シラバス (別添 2 - 2) を参照。
⑫ 受講資格	開講日時点において満 18 歳以上の者で、 YCC スタジオに在籍し、就労移行支援の中で、 福祉・介護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 チラシ配布
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="https://www.ycc-group.jp">https://www.ycc-group.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)	① お問い合わせに対し、受講案内等を送付、手渡し。 ② 受講申込書の受付 (持参) ③ 申込書受付時に本人確認書類 (健康保険証、運転免許証、住民 票など) 持参し、本人確認をする。 ④ 希望者多数の場合、先着順の受付にします。

⑯ 受講料及び受講料支払方法	0 円 (受講料、テキスト代) 法人内、YCC スタジオの就労移行支援事業の一環として寝屋川市より支給される、支援報酬を受講費として充填する。
⑰ 解約条件及び返金の有無	解約は開講日の前日まで可能 研修開始後の自己都合による解約の場合、原則として受講料の返還はしません。 応募者が 2 名に満たなかった場合、開講中止になる場合があります。
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、受講に関する連絡、当社からのお知らせに使用します。個人情報の適正な取扱いと保護に努め、お客様ご本人の同意なく、利用目的の範囲を超えた個人情報の取扱いをいたしません。 なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載されます。
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：8 か月 修了評価方法：(別添 2 - 9) を参照。
㉑ 補講の方法及び取扱	個別対応にて行います。 個別対応補講費用：1 時間あたり 0 円
㉒ 科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者研修実施要領の規定のとおり取り扱う。
㉓ 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、当法人が加入する傷害保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。
㉔ 研修責任者名、所属名及び役職	氏名：三枝 拓人 所属名：YCC スタジオ 役職：サービス管理責任者
㉕ 課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：小柳 一幸 所属名：YCC ケアスクール 役職：管理者
㉖ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：安藤 清志 所属名：YCC グループ担当 役職：マネージャー 連絡先：06-6222-8101
㉗ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：小柳 一幸 所属名：YCC ケアスクール 連絡先：072-831-1156

㊸ 情報開示責任者 名、所属名、役職 及び連絡先	氏名：井上 宏幾 所属名：YCC グループ担当 役職：営業部マネージャー 連絡先：06-6222-8101
㊹ 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
㊺ 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、当事業所が設定する 日程において補習を受けなければならない。

※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
---------------	---