

(別添 2 - 1)

学 則 障害福祉サービス受給者証所持者用

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 歳以上で、 障害福祉サービス受給者証を支給されている、 福祉・介護の就業を希望している方
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 : https://ycc-group.org/cs.html

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)	○当校に申込書を持参・送付(郵送もしくはFAX)頂き、こちらから申し込み受領の連絡、講座の説明をいたします。 その後、こちらの指定の日付までに、指定された口座に受講料をお振り込みまたは、当校へご持参下さい。申し込み順で受け、定員を満了した時点で受付を終了いたします。 ○本人確認の方法：開講式の日までに次の①～⑧のいずれかの書類の原本もしくは写しを持参して頂く。 ① 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票 ② 住民基本台帳カード ③ 在留カード等 ④ 健康保険証 ⑤ 運転免許証 ⑥ パスポート ⑦ 年金手帳 ⑧ 運転免許以外の国家資格を有するものについては、その免許証又は登録証
⑯受講料及び受講料支払方法	77,000 円(テキスト代、消費税含む) 振込口座 ゆうちょ銀行 ○九九店 当座 0195720 一般社団法人 リトルウィング
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。
⑳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
㉑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。

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。
②③ 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
②④ 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
②⑤ 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
②⑥ 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
②⑦ 情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	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 連絡先：072-831-1156
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：0 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、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
---------------	--