(別添２－１)

学　則

①商号又は名称	株式会社ベネッセスタイルケア
②研修事業の名称	㈱ベネッセスタイルケア　ベネッセ介護職員初任者研修 通信形式
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
④研修課程及び 学習形式	介護職員初任者研修課程 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	１７９
⑥開講の目的	高齢者の増大かつ多様化するニーズに対応した良質の「介護サービス」の提供を実現するために、必要な知識と技能を有する介護職員の養成を図ることを目的とする。
⑦講義・演習室 （住所も記載）	〒532-0004 大阪府大阪市淀川区西宮原 2-1-3　SORA 新大阪 21 18 階
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『介護職員初任者研修課程テキスト』令和 3 年発行第 5 版
⑪シラバス	シラバス（別添２－２）を参照。
⑫受講資格	受講対象者 ・大阪府および近県在住、在勤等でスクーリングに参加可能な方。 ・介護職員として介護サービスに従事しようとする方、または従事している方。 ・ご家族の為に、研修を必要とされる方。 ・株式会社ベネッセスタイルケアに就業予定で、研修を必要とする方。 ・日本語の読み書き、聞き取りに問題なく授業を受けられる方（テキスト、授業、筆記試験は日本語） ・16 歳以上で、講義（演習を含む）全ての課程を受講・遂行することが可能な方 定員　１８名
⑬広告の方法	・一般公募する。 基本的に開講日の 6 ヶ月前より募集開始し、自社ホームページに募集広告を掲載する。 ・受講希望者に受講案内を送付する。 ・自社ホームページもしくはフリーダイヤルにアクセスして申し込んで頂き手続きを行う。

⑭情報開示の方法	当社ホームページ（https://shikaku.benesse-style-care.co.jp/）において情報開示する内容は、以下のとおりとする。 研修機関・事業情報 法人格・法人名称・住所、代表者名、事業所名称・住所、理念、学則、研修施設、設備、在籍講師数、対象、研修のスケジュール（期間、日程、時間数）、定員（研修回ごと）、実習の有無、研修受講までの流れ（募集方法、申込方法等）、費用（受講料、テキスト代）、留意事項、科目別シラバス（科目別学習計画）、通信講習の科目及び時間、指導体制・指導方法、修了評価の方法、評価者、再履修等の基準、過去の研修実施回数（年度ごと）、研修修了者数（年度ごと）、申し込み・資料請求先、法人の苦情対応者名・役職・連絡先、事業所の苦情対応者名・役職・連絡先
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）「介護職員初任者研修受講申込書」もしくはホームページから必要事項を記入のうえ、各コース期日までに申込む。ただし、定員に達した時点で申込み受付は終了する。 （２） 応募者多数の場合は申込手続きの先着順とする。 本人確認の方法　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者については、その免許証又は登録証。1～8 のいずれかを初回受講時に持参を求める場合がある。
⑯受講料及び受講料支払方法	55,000 円（テキスト代、消費税含む） 銀行振込・クレジットカード VISA・Master・JCB（一括前払もしくは 2 回払） AMEX・Diners(一括前払のみ) ●銀行振込 「契約内容確認書」到着後、10 日以内に受講料をお支払いください。（開講日まで 2 週間を切っている場合は、開講日の 3 日前までにお支払いください。） ●クレジットカード web お申し込み画面内で、お申し込み時にお手続きください。

⑰解約条件及び返金の有無	受講者からの解約は次のとおりとする。 (1) 受講料のお支払い書類を受領した日から起算して８日間を経過する日までは、キャンセルをする旨を書面にて当社に連絡することにより、無条件で契約を解除することができる。 (2) (1)の期間後、解約の希望がある場合は受講者本人より当社にその旨を電話にて連絡する。 ・受講開始前キャンセル：キャンセル料なし全額返金。返金振込手数料は受講生（申込者）負担とする。 ・受講開始後キャンセル：返金を行わない。 ※「受講開始」とは、１日目　スクーリング初日（開講日)」を示す。 (3)応募者が定員に対し少ない場合は、開講を中止する場合がある。振込手数料を弊社負担とし納入された受講料全額を返金する。ただし、当社開催の別講座を受講する場合は、その受講料へ充当することも認める。
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） お預かりした個人情報は、お申し込みいただいた資料送付、本講座に関するご案内、本講座の受講に関連する諸業務のほか、弊社およびその関連会社の事業における人財募集に関するご案内、研修、セミナー、資格講座などのご案内の送付等、およびサービスや業務の維持・改善のための基礎資料に利用することがあります。なお、修了者名簿は介護保険法施行令第３条第２項第２号イの規定により府に提出します。 個人情報の開示・訂正・利用停止等をご希望の場合には、下記「資格講座受付窓口」までご連絡ください。私どもはお預かりした個人情報を大切にお取り扱いさせていただきます。 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。 資格講座受付窓口　フリーダイヤル 0120-922-711（受付時間 10：00～18：30、土・日・祝含む）※年末年始を除く
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カ月 評価不合格及び欠席時の取り扱い：再評価を行う 修了評価方法：（別添２－９）を参照。

⑳補講の方法及び取扱	研修の一部を欠席した者で、やむを得ない事情があると認められる者については、補講を行うことにより当該科目を履修したものとみなす。 ・受講中に別コースがある場合 　別コースの当該科目の授業を受講する。 ・受講中に別コースがない場合 　原則、個別対応で実施する なお、いずれの場合も補講にかかる受講料については無料とする。
㉑科目免除の取扱	科目免除は行わない。
㉒受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故については講師にて緊急対応し、必要に応じて研修責任者が対応する。また、家族や関係機関等に連絡を行うともに、病院受診等の必要な措置を講じる。なお、研修期間中における受講生の事故（ケガ）及び実習先における第三者への物損・人身事故は傷害、賠償責任保険にて対応する。（研修機関や受講生が法律上の賠償責任を負う場合に限る）通学方法は、公共交通機関又は徒歩に限る。これ以外の方法での通学の際の事故等については責任を負わない。
㉓研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号：532-0004 所在地：大阪府大阪市淀川区西宮原 2-1-3　SORA 新大阪 21　18 階 電話番号：06-6396-8782
㉔研修責任者名、所属名及び役職	氏名：　十河　優 所属名：（株）ベネッセスタイルケア 役職：西日本東海採用部　部長
㉕課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：伊丹　雄一 所属名：（株）ベネッセスタイルケア 役職：西日本東海採用部　介護セミナー　担当者
㉖苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：伊丹　雄一 所属名：（株）ベネッセスタイルケア 役職：西日本東海採用部　介護セミナー　担当者 連絡先：06-6396-8781
㉗研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：伊丹　雄一 所属名：（株）ベネッセスタイルケア　西日本東海採用部 　　介護セミナー　担当者 連絡先：06-6396-8781
㉘情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：伊丹　雄一 所属名：（株）ベネッセスタイルケア 役職：西日本東海採用部　介護セミナー　担当者 連絡先：06-6396-8781

㉙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：初回無料 2回目以降 1,100円 （振込手数料は受講生負担）
㉚その他必要な事項	・受講の取り消し及び除籍について 次に該当する者は、受講の取消し若しくは除籍とすることができる。受講料の返金は原則行わない。 （１） 学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者 （２） 研修の秩序を乱し、その他受講者としての本分に反した者 （３） 受講者自ら受講継続の意思の無いことを申し出た者 （４） 大阪府介護職員初任者研修事業実施要綱に規定する履修期間（８ヶ月以内。ただし、病気等やむを得ない理由による場合は１年６ヶ月以内）を過ぎた者 （５） 受講料のお支払い期日までに受講料の支払いがなく、今後も支払い意思または支払い能力がないと判断される者 ただし、（１）と（２）に関しては、双方（受講者と当社）の意思を確認の上決定する。 ・遅刻について 理由の如何にかかわらず、研修開始から１０分以上遅刻した場合には欠席とする。やむを得ず欠席をする場合には、必ず電話等により届け出ることとする。

※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