

別添5

介護員養成研修重要事項説明書

作成日 平成 27年 7月 5日

1 研修事業者概要

事業者名	社会福祉法人駒どり	
代表者名	理事長 上田 耕蔵	
所在地	神戸市長田区二葉町5-1-1-101	
事業者指定	兵庫県介護保険課 (TEL078-341-7711)	
事業者指定年月日	平成27年 9月 5日	
事業者指定番号	第15118-2号	
基本財産・資本金 ※1	1,722,684,607円 (平成26年3月31日現在)	
主な出損者・出資者とその金額 ※2	理事9名	
他の主な事業	介護老人福祉施設・短期入所生活介護・通所介護・訪問介護 他	
公益法人の場合の主務官庁 ※3	兵庫県社会福祉課 (TEL 078-341-7711)	
介護員養成研修事業を開始した年月日	平成11年 5月 8日	
過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績 ※4	初任者： 講座 人 基礎： 講座 人 1級： 講座 人 2級： 13講座 341人 3級： 1講座 6人	直近の講座開設日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 平成26年8月2日 平成11年5月8日

※1 基本財産並びに資本の額又は出資の総額を記載すること。

※2 1割以上の株式又は出資を自己又は他人の名義をもって所有している者について、①氏名又は名称、②その金額、③他の事業を行っている場合はその種類を記載すること。

※3 官庁名を担当課まで記載し、電話番号を併せて記載すること(公益法人のみ)。

※4 介護員養成研修事業において、講座数は指定を受けた講座数を、人数は修了者数をそれぞれ記載すること。

2 研修の概要

研修の名称	駒どり介護員養成研修 (介護職員初任者研修課程 (通学))
研修の課程	介護職員初任者研修課程

通信、通学の別	通 学		
研修指定県民局	兵庫県介護保険課 (TEL078-341-7711)		
事業指定番号	第	-2号	
定員及び開講必要人数	定員	20人	(10人以上で開講)
受講資格 ※1	特になし		
研修の実施場所及び時間	特別養護老人ホームふたば		
	講義・演習	(118時間)	
	実習 ※2	別紙実習施設一覧のとおり (12時間)	
研修期間 ※3	平成27年10月3日～平成28年2月6日		
補講の可否・条件等 ※4	やむを得ない欠席の場合、講義2科目まで補講を研修期間中に実施		
修了評価の時期	平成28年2月6日		
修了評価が評価基準に満たない場合の補講・再評価 ※5	補講の日程等	平成28年2月7日(日)	4時間
		月 日 ()	時間
	再評価	2月7日(日)	

- ※1 研修科目の一部を免除して実施する場合は、受講資格を記入すること。(例：実務経験を1年以上有する者等)
- ※2 実習は、研修事業で実習を実施する場合のみ記入すること。
- ※3 修了証明書は、研修期間終了後に県民局で実績報告確認を行った後に発行すること。
- ※4 補講は、研修期間内に実施すること。
- ※5 修了評価が評価基準に満たない場合に実施する補講の日程、時間数及び再評価日を記載すること。

3 研修が実施できなくなった場合、替わりの研修を実施する事業者

事業者名	医療法人神戸健康共和会		
代表者名	理事長 藤末 衛		
所在地	神戸市東灘区住吉本町2-19-3		
基本財産・資本金 ※1	3436千円		
主な出損者・出資者とその金額 ※2	理事(30名)		
他の主な事業	医療業		
公益法人の場合の主務官庁 ※3			
介護員養成研修事業を開始した年月日	平成11年	1月	17日

過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績 ※4	初任者： 講座 人 基礎： 講座 人 1級： 講座 人 2級：21講座 451人 3級： 講座 人	直近の講座開設日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 平成25年 5月11日 年 月 日
過去に他都道府県で実施した介護員養成研修の実績 ※4	(実施地域：) 初任者： 講座 人 基礎： 講座 人 1級： 講座 人 2級： 講座 人 3級： 講座 人	直近の講座開設日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
研修事業の実施が困難になった時、協力事業者が新たに受講料を徴収する場合の上限額 ※5	3万円	

※1～4 研修実施事業者と同様の記載をすること

※5 研修事業者が徴収する受講料の2分の1を超える額を設定しないこと。

4 受講料

受講料の支払方法 ※1	支払方法 現金4万円 支払期日 一括 (分割可能)
受講料の額	4万円 (税込)
教材費	テキスト代 6,995円 (税込)
その他必要な費用 ※2	健康診断 実習場所までの交通費 実費 円 (内訳)
消費税	円
合計	46,995円+実費

※1 一括前払い、後払い、分割払い、クレジット利用等の支払い方法と支払期限を具体的に記入すること。クレジット利用の場合は、別途クレジット申込書(契約書)を交付すること。クレジットカードの利用が可能な場合は、利用可能なカード会社を記載すること。

※2 内訳については、通信教育の送料等具体的に記載すること。

※3 研修科目の一部を免除して実施する場合は、予め免除要件別に受講料を定めておくこと。

※4 補講を行う場合は、事前に有料・無料の別を定めておく。

5 解約条件等

利用者からの解約の場合	研修開始の	10 日前までの解約	解約料	%
	研修開始の	5 日前までの解約	解約料	%
	研修開始の	1 日前までの解約	解約料	%
	研修開始後			
事業者からの解約の場合	(解約する場合) 全額返却			
	(受講者への返金条件) 現金・振込み			

※1 解約料については、事業者が実際に受ける損害額を超える額を設定しないこと。

※2 事業者側からの解約は、受講者が他の受講者の受講を妨げる等公序良俗に反する行動をし、事業者側がこれを防ぎ得ない場合や受講料の不払い等の場合に限定すること。

6 苦情・相談窓口

担当部署名	特別養護老人ホームふたば 管理
担当者名	岸本 和則
電話番号	078-642-8628
FAX 番号	078-646-7030
E メールアドレス	kishimoto.k@komadory.com

- 添付書類：1 カリキュラム
2 講師一覧
3 実施施設一覧

_____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者職名 _____

説明者署名 _____

重要事項説明書の説明確認書

(受講生用・事業者用の2通作成)

重要事項説明書の説明月日 平成 27 年 月 日

社会福祉法人駒どりは、「駒どり介護員養成研修 介護職員初任者研修課程（通学）」研修の受講申込受付にあたり、受講希望者に対して、書面に基づいて重要事項説明を行いました。

事業者	所在地	神戸市長田区二葉町5丁目1-1-101
	名称	社会福祉法人 駒どり
	代表者	理事長 上田 耕藏 印
	説明者	_____ 印

私は、「駒どり介護員養成研修 介護職員初任者研修課程（通学）」研修の受講申込受付にあたり、事業者から書面により重要事項説明書の説明を受け、同研修を受講することに同意します。

受講者	住所	_____

	氏名	_____ 印

演習使用備品一覧

駒どり介護員養成研修（介護職員初任者研修課程 通学）の演習に必要な設備・備品を下記のとおりです。

定員 20 名

使用する設備

特別養護老人ホームふたばの浴室・浴槽を入浴介助・足浴介助演習に使用します。

使用する備品

①介護用ベッド 3台

②車イス 4台

③ポータブルトイレ 4台

④介護用杖 4本

⑤ベッドメイキング用リネン 4セット

⑥高齢者疑似体験セット（ゴーグル・コルセット・おもり等） 2セット