

学則 (白河会場)

1 事業者の名称及び所在地

株式会社 医療福祉人財センター
〒329-3135 栃木県那須塩原市前弥六 371-1

2 研修の名称

介護職員初任者研修

3 研修課程及び形式

株式会社 医療福祉人財センター 介護職員初任者研修課程通信制
(通称：医療福祉ヘルパー学校 白河校)

4 開講の目的

本研修により、介護に携わる者が、業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことが出来るようにすることを目的とする。

5 研修期間

別紙、「様式第4号 研修日程表」による。

6 研修日程

別紙、「様式第4号 研修日程表」による。

7 講師氏名

別紙、「様式第4号 研修日程表」による。

8 講義および演習の実施場所

〒961-0908 福島県白河市大手町 12-1 白河駅前田部井ビル 2F
(医療福祉ヘルパー学校 白河校)

9 使用テキスト

介護職員初任者研修テキスト
日本医療企画

10 対象者または受講資格

受講資格 : 福祉に強い関心を持ち、スクーリングに出席可能な方。

定員 : 水曜日コース 20 名

11 受講手続き及び本人確認の方法

定員になり次第締め切り。

受講申込時又は初回の講義時に本人確認の方法として、運転免許証、健康保険証の提示又は、戸籍謄本、戸籍抄本住民票の写しの提出（ただし、発行後 6 カ月以内のものとする）

12 受講費用及び支払い方法

受講料・テキスト代・保険料を含み 120,000 円

但し、4 か月を超える場合保険料（3,500 円）のみ追加徴収します。

- 1) 受講料・諸経費は原則として申込用紙提出時に現金あるいは指定口座に一括にて入金すること。

13 解約条件及び返金の有無

受講キャンセルについては初回受講前日までに申し出があった場合は、テキスト代と保険料・事務手数料を除いた金額を返却する。

14 研修修了の認定方法

研修日程（様式第 4 号）全て履修すること。

通信添削課題 4 回、100 点中 70 点以上取得すること。

（通信課題不合格者は提出期限内の合格まで再提出を認める。）

別紙、「様式第 4 号 研修日程表」こころとからだのしくみと生活援助技術の(4)から(11)の各項目に係る演習は、演習評価を行う。（A～Dの4区分で評価を行いA及びBの者を一定レベルに達している者とする。）

全科目（補講も含む）終了後 1 時間の筆記試験を行い、100 点中 70 点以上を合格とし不合格者は、必要に応じて補講を行い、再試験を行う。

15 欠席、遅刻及び早退の取り扱い

研修期間中の遅刻、早退は認めず欠席扱いとする。

欠席者は期間内で且つ、補講をもって終了できるものとする。

自主退校及び未修了者は退校届の提出を義務とする。

退講規定

- 1) 期間内の研修においてやむを得ない理由以外で 3 日以上欠席した者。

- 2) やむを得ない理由以外で8カ月に講義・演習全てが終了できない者。
- 3) 懲戒・罰則規定に該当すると、学校が判断した者。

16 懲戒・罰則規定

校長及び職員は、教育上必要があると認められるときは、生徒に対し懲戒を与えることができる。

- 1) 学習態度が著しく悪く、カリキュラムの進行を妨げる場合。
- 2) 他の受講生の学習が著しく妨げられる場合。
- 3) 自力での学習・実技内容を行なうことが出来ない場合。
- 4) 申し込み用紙記載に虚偽申告があった場合。

17 研修を欠席等した者に対する補講の取り扱い、費用

欠席した場合、指定された日時に欠席した講義を受ける。

補講費用は徴収しませんが、4か月を超える場合保険料(3,500円)のみ追加徴収します。

18 課程編成責任者

八木沢 慎一

19 一般教育訓練給付金の支給対象となる厚生労働大臣指定講座を運営する学校である。

「教育訓練給付金制度」とは

労働者の雇用の安定と再就職の促進を図るため、厚生労働省による支援制度です。

条件を満たす方が、本講座を受講し受講料の20%（上限10万円を限度）が修了後に公共職業安定所から給付されます。

対象となる方

下記1. 2いずれにも該当される方

1. 受講料を自らの名において一括にてお支払いされた方
2. 入学時点で、雇用保険の被保険者であった期間が通算1年以上である方
※受講開始日66歳以上になられている方は対象にはなりません。
※通算期間の間に1年以上の被保険者でない期間がある場合は対象にはなりません。
※入学時点で、雇用保険の被保険者でなくなってから1年以上経過している場合は対象外です。ただし、雇用保険の被保険者でなくなってから1年以内に妊娠、育児、疾病、負傷等の理由により教育訓練を受けることができない日数を加えた期間（4年を限度）内に教育訓練を受講開始した場合は教育訓練給付金の支給対象とする。

照会について

入学時点で教育訓練給付金の受給資格があるかどうかについての照会を希望する

場合は、職業安定所備え付けの「支給要件照会書」に必要事項を記入の上（要印鑑）ご本人様の住所を所轄する職業安定所に提出して下さい。

20 法人の苦情対応者名・役職・連絡先

苦情処理対応者名 : 湊田 和告
役 職 名 : (株)医療福祉人財センター 部長
連 絡 先 : 福島県白河市大手町 12-1 白河駅前田部井ビル 2F
TEL : 0287-67-3660

21 事業所の苦情対応者名・役職・連絡先

苦情処理対応者名 : 八木沢 慎一
役 職 名 : 医療福祉ヘルパー学校 事務局
連 絡 先 : 栃木県那須塩原市前弥六 371-1
TEL : 0287-69-6061

22 備考

受講生は、研修等の実施中に関わる方が一の障害事故、賠償事故に備えるため、受講を認めた後に保険に加入する。

23 引用資料

福島県介護職員初任者研修事業実施要綱 平成 28 年 4 月 1 日から適用版