

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	
②研修事業の名称	
③研修の種類	難病特別対策推進事業実施要綱第 8 の 4 の (6) に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修
④研修課程	(実施する課程を記載)
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)
⑥開講の目的	
⑦講義室 (住所も記載)	
⑧講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 2) を参照。
⑨使用テキスト	
⑩受講資格	
⑪広告の方法	
⑫情報開示の方法 (HP アドレス等)	

⑬受講手続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）	
⑭受講料及び受講料支払方法	円（テキスト代、消費税含む）
⑮解約条件及び返金の有無	
⑯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） なお、修了者は大阪府の管理する名簿に記載される。
⑰研修修了の認定方法	
⑱科目免除の取扱	
⑲受講中の事故等についての対応	
⑳研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：
㉑課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属名： 役職：
㉒苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属名： 役職： 連絡先：

㉓ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属名： 連絡先：
㉔ 修了証書及び携帯用修了証明書を亡失・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： 円
㉕ その他必要な事項	

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府難病患者等ホームヘルパー養成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
---------------	---

記載例

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	株式会社〇〇商事	指定申請書に記載した事業名称を記載。
②研修事業の名称	株式会社〇〇商事 難病患者等ホームヘルパー養成研修	
③研修の種類	難病特別対策推進事業実施要綱第 8 の 4 の (6) に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修	
④研修課程	(実施する課程を記載)	
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)	
⑥開講の目的	質の高い・・・福祉・介護・・・人材を養成・・・確保する。	研修事業を実施する目的を記載。
⑦講義室 (住所も記載)	大阪市中心区〇〇町 1 - 1 - 1 大阪〇〇ビル 10 階中会議室	講義・演習室として使用する場所の名称と住所を記載。 (複数あれば全て記載)
⑧講師の氏名及び担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 2) を参照。	
⑨使用テキスト	〇〇〇〇出版「▲▲研修テキスト」	発行元も記載すること。
⑩受講資格	開講日時点において満〇歳以上の者で・・・、かつ、福祉・介護の就業を希望している者・・・	
⑪広告の方法	ダイレクトメール、新聞折込みチラシ、〇〇市広報誌及び自社のホームページにおいて行う。	
⑫情報開示の方法 (HP アドレス等)	下記ホームページにおいて情報開示する。 http://www.〇〇.co.jp/	
⑬受講手続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)	受講希望者には、本学則、重要事項説明書、直近の研修カリキュラム、申込書を送付する。 なお、受講申し込みにあたっては、原本確認が必要なことから受当社〇〇事務所で行う。 応募者多数の場合には、・・・	

⑭ 受講料及び受講料支払方法	<p>〇〇、〇〇〇円（テキスト代、消費税含む） 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 〇〇銀行 〇〇支店 当座No.〇〇</p>
⑮ 解約条件及び返金の有無	<p>受講者からのキャンセル： 開講日の1週間前までは、・・・全額返金・・・ 3日間前までは、半額を・・・ 弊社からのキャンセル： 応募者が〇〇名に満たなかった場合、・・・</p>
⑯ 受講者の個人情報の取扱	<p>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・・・ なお、修了者は大阪府の管理する名簿に記載される。</p>
⑰ 研修修了の認定方法	<p>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：〇ヶ月 修了評価方法： 修了評価筆記試験不合格時の取扱い： 担当講師による補習のうえ、再試験を実施する。 （補習費用：〇〇円、再評価費用：〇〇円） ただし、再評価の試験の回数は最大〇回までとする。・・・ したがって、最終試験の結果、不合格となった者は未修了扱いとなるため注意すること。・・・ 等々</p>
⑱ 科目免除の取扱	<p>大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領の規定のとおり取り扱う。ただし、受講料の減免措置はない。・・・ 介護等の実務経験が1年以上の者が受講を希望した場合において、受講申請時にその証明書を提出できる者は、「(1)〇〇」の科目を免除する。この場合の受講料は正規の受講料から〇〇円減額する。・・・等々</p>
⑲ 受講中の事故等についての対応	<p>受講中に生じた事故等については、・・・当社が加入する〇〇保険で対応する。したがって保険料の受講者負担は生じない。</p>
⑳ 研修責任者名、所属名及び役職	<p>氏名：〇〇 〇〇 所属：人材育成企画部 役職：企画第2部長</p>
㉑ 課程編成責任者名、所属名及び役職	<p>氏名： 所属名： 役職：</p>

㉔ 苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属名： 役職： 連絡先：06-0000-0000 緊急連絡先 090-
㉕ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属名： 連絡先：
㉖ 修了証書及び携帯用修了証明書を亡失・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： 円 or 無料 等々
㉗ 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。 退校処分の取扱い：

<p>※1 大阪府からのお知らせ</p> <p>受講料受領後のトラブルを避けるため、事前に十分な説明を行なっておくこと。</p> <p>※1、※2の項目削除厳禁</p>	<p>大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要領第2の2(1)より抜粋</p> <p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>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。</p>
--	--

※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
---------------	---