(別添２－１)

学　則

①商号又は名称	株式会社ビーナス
②研修事業の名称	株式会社ビーナス介護アカデミー　初任者研修養成講座
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
⑤事業者指定番号	199
⑥開講の目的	介護に携わる者が、介護サービスの質の向上に資する介護員としての業務を遂行する上で、相当の知識・技術とそれを実践する際の考え方のプロセスを身につけ、基本的な介護業務を行うことができるように研修をすることを目的とする。
⑦講義・演習室 （住所も記載）	講義・演習室 ①〒590-0014 堺市堺区田出井町 1-1　ベルマージュ堺 2 階　(株)ビーナス本社 ②〒591－8043 大阪府堺市北区北長尾町１丁７番地１ クラウンビル３階
⑧実習施設	１　実施しない
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	中央法規出版株式会社 介護職員初任者研修テキスト　全２巻　DVD 付
⑪シラバス	シラバス（別添２－２）を参照。
⑫受講資格	介護の業務に従事することを希望し、全ての課程を終了することが可能な者
⑬広告の方法	法人の機関紙、看板、自法人ホームページ、 資格ポータルサイト　にて行う
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：　http://www.venus-comrade.co.jp/

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）	受講希望者には、本学則、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、本人確認が必要なことから、ビーナス本社で行う。本人確認の方法は、運転免許証または住民票等により実施する。 先着順での受付とし、定員に達した場合は受付終了とする。
⑯受講料及び受講料支払方法	１９，８００円（テキスト代、消費税含む） 受講決定後、指定する期日までに指定口座に振り込むこと りそな銀行　金岡支店　普通預金　６４２９７９６ 株式会社ビーナス　代表取締役　安田　信彦
⑰解約条件及び返金の有無	・受講者からのキャンセル 開講日から数えて7日前の申し出は（当日の申し出を含む）、受講料は全額返金しない。 ・弊社からのキャンセル 応募者が 5 人未満で開講しなかった場合等は、受講料の全額を返金する。
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） 受講者から得た個人情報については、本研修以外の目的では一切使用しないものとし、本研修以外の目的で使用する際には必ず事前に個人の同意を得るものとする。 なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。
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ヶ月 修了評価方法：（別添２－９）を参照。
⑳補講の方法及び取扱	補講の方法：個別対応補講にて実施する。 補講に要する費用：1時間あたり２，０００円
㉑科目免除の取扱	大阪府介護職員初任者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。
㉒受講中の事故等についての対応	受講中の事故については、必要な措置および家族等に連絡する。また、事故の経緯及び当該措置を記録し、大阪府に報告する。
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名：平井　耕一 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課 役職：課長
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名：間瀬　真由 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課　学校事業担当 役職：

㉕苦情等相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：平井　耕一 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課 役職：課長 連絡先：０７２－２４３－８５３３ 氏名：間瀬　真由 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課　学校事業担当 役職： 連絡先：０７２－２４３－８５３３
㉖研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名：間瀬　真由 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課　学校事業担当 連絡先：０７２－２４３－８５３３
㉗情報開示責任者名、所属名、役職及び連絡先	氏名：平井　耕一 所属名：株式会社　ビーナス　事業開発課 役職：課長 連絡先：０７２－２４３－８５３３
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：1,000 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 10 分経過後は欠席とする。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。なお、公共交通機関の遅延時の取り扱いについては、要相談とする。

※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