

介護員養成研修重要事項説明書

作成日 2024年11月1日

1 研修事業者概要

(1) 事業者名	一般財団法人 宝塚市保健福祉サービス公社											
(2) 代表者名	理事長 妙中 信之											
(3) 所在地	宝塚市小浜4-5-6											
(4) 事業者指定県民局	兵庫県阪神北県民局宝塚健康福祉事務所監査指導課 (TEL0797-61-5174)											
(5) 事業者指定年月日	2019年11月5日											
(6) 事業者指定番号	神北(宝健)第1602号											
(7) 基本財産・資本金	3億円											
(8) 主な出損者・出資者とその金額	宝塚市 3億円											
(9) 他の主な事業	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居宅介護支援事業 2. ホームヘルプサービス事業 3. 介護老人保健施設事業 4. デイサービスセンター事業 5. 訪問看護事業 6. シルバーハウジング生活援助員派遣事業 7. 地域包括支援センター事業 8. 機能訓練及び運動器機能向上 9. ファミリーサポートセンター事業 (介護・育児) 10. 要介護認定訪問調査事業 11. 介護技術等研修事業 12. 訪問リハビリテーション事業 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 14. 障害者相談支援事業 											
(10) 主務官庁(公益法人の場合)	宝塚市役所健康福祉部 0797-71-1141											
(11) 介護員養成研修事業を開始した年月日	2000年9月1日											
(12) 過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">初級者：18講座154人</td> <td style="width: 50%;">直近の講座開設日</td> </tr> <tr> <td>基礎：講座 人</td> <td>2024年5月 8 日</td> </tr> <tr> <td>1級：講座 人</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>2級：29講座813人</td> <td>2012年 9月 3日</td> </tr> <tr> <td>3級：1講座 40人</td> <td>2001年 2月 1日</td> </tr> </table>	初級者：18講座154人	直近の講座開設日	基礎：講座 人	2024年5月 8 日	1級：講座 人	年 月 日	2級：29講座813人	2012年 9月 3日	3級：1講座 40人	2001年 2月 1日	
初級者：18講座154人	直近の講座開設日											
基礎：講座 人	2024年5月 8 日											
1級：講座 人	年 月 日											
2級：29講座813人	2012年 9月 3日											
3級：1講座 40人	2001年 2月 1日											

2 研修の概要

(1) 研修事業名	2024年度 一般財団法人 宝塚市保健福祉サービス公社 介護職員初任者研修課程	
(2) 研修の課程	介護職員初任者研修課程	
(3) 通信、通学の別	通学	
(4) 事業指定県民局等	兵庫県阪神北県民局宝塚健康福祉事務所監査指導課 (TEL 0797-61-5174)	
(5) 事業指定番号	24-1602-01	
(6) 定員及び開講必要人数	定員10人(5人以上で開講)	
(7) 受講資格	介護職員として従事しようとする者。心身ともに健康である者。その他、本研修受講者として適当と認められた者とする。	
(8) 研修の実施場所及び時間	講義・演習	場所：宝塚市保健福祉サービス公社 (132時間)
	実習	実習：池ノ島デイサービスセンター (宝塚市泉町6番33号) 実習：ステップこはまヘルパーステーション (宝塚市小浜4丁目5番6号)
(9) 研修実施期間	2024年11月6日～2025年1月24日	
(10) 補講の可否・条件等	可(全日出席を原則とする) *やむを得ない事情による欠席時、講義の補講は可。 (全体時間数の1割未満に限る) 実技の補講は不可。	
(11) 修了評価の時期	2025年1月22日	
(12) 修了評価が評価基準に満たない場合の補講・再評価	補講の日程等	2025年1月24日(2時間)
	再評価	2025年1月24日(2時間)

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

(1) 事業者名	プラスワンケアサポート株式会社	
(2) 代表者名	代表取締役 古賀 正靖	
(3) 所在地	川西市栄町25番1号アステ川西5階	
(4) 基本財産・資本金	30,000,000円	
(5) 主な出損者・出資者とその金額		
(6) 他の主な事業	訪問介護	
(7) 主務官庁(公益法人の場合)		
(8) 介護員養成研修事業を開始した年月日	1999年8月21日	
(9) 過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績	初級： 7講座84人 基礎： 講座 人 1級： 講座 人 2級： 38講座1757人 3級： 講座 人	直近の講座開設日 2022年10月18日 年 月 日 年 月 日 2012年 6月 6日 年 月 日
(10) 過去に他都道府県で実施した介護員養成研修の実績	(実施地域： 大阪) 初級： 4講座 45人 基礎： 講座 人 1級： 講座 人 2級： 22講座630人 3級： 講座 人	直近の講座開設日 令和5年6月20日 年 月 日 年 月 日 平成24年11月21日 年 月 日
(11) 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	11,438円	

4 受講料

(1) 受講料の支払方法	支払方法	現金もしくは振込による一括前払い
	支払期日	2024年11月5日(火)
(2) 受講料の額		22,876円
(3) 教材費		7,124円
(4) その他必要な費用	無し	
(5) 消費税		税込価格で表示
(6) 合計		30,000円

※研修先への交通費は自己負担

5 解約条件等

(1)利用者からの解約の場合	<table> <tr> <td>受講料支払前の解約</td> <td>キャンセル料無し</td> </tr> <tr> <td>受講料支払後の解約</td> <td>返還金無し</td> </tr> <tr> <td>研修開始後の解約</td> <td>返還金無し</td> </tr> </table>	受講料支払前の解約	キャンセル料無し	受講料支払後の解約	返還金無し	研修開始後の解約	返還金無し
受講料支払前の解約	キャンセル料無し						
受講料支払後の解約	返還金無し						
研修開始後の解約	返還金無し						
(2)事業者からの解約の場合	<p>(解約する場合)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 講義・演習の講義を理由無く欠席した場合 2. 講師により受講態度が著しく悪い等の報告があり、改善の見込みが無い場合 3. 受講料が支払期限内に支払われない場合 4. 2度の効果測定のどちらも合格点に達しなかった場合 						
	<p>(受講者への返金条件)</p> <p>利用者からの解約と同様の条件</p>						

6 苦情・相談窓口

(1)担当部署名	一般財団法人宝塚市保健福祉サービス公社						
(2)担当者名	管理部長 森脇 美子						
(3)連絡先	<table> <tr> <td>電話番号</td> <td>0797-86-9194</td> </tr> <tr> <td>FAX 番号</td> <td>0797-86-8496</td> </tr> <tr> <td>Eメールアドレス</td> <td>kousha@takarazuka-fukushi.or.jp</td> </tr> </table>	電話番号	0797-86-9194	FAX 番号	0797-86-8496	Eメールアドレス	kousha@takarazuka-fukushi.or.jp
電話番号	0797-86-9194						
FAX 番号	0797-86-8496						
Eメールアドレス	kousha@takarazuka-fukushi.or.jp						

添付書類：1 カリキュラム表

_____様

説明年月日 2024年11月5日

説明者職名 総務課_____

説明者署名_____

(様式第10号別紙5)

重要事項説明書兼本人確認書

私は、今般の介護職員初任者研修に際し、介護員養成研修重要事項説明書を確認しました。

氏名 _____

印

上記の者に対して、研修に係る重要事項の説明と、受講者本人であることの確認を

- 1 戸籍謄本
- 2 戸籍抄本若しくは住民票
- 3 住民基本台帳カード
- 4 在留カード等
- 5 健康保険証
- 6 運転免許証
- 7 パスポート
- 8 年金手帳
- 9 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
- 10 マイナンバーカード
- 11 その他、官公庁や特殊法人等が発行した身分証明書で写真付きのものにより行いました。

2024年11月6日
兵庫県阪神北県民局長 様

一般財団法人宝塚市保健福祉サービス公社
総務課

印

※ 本人確認をした書類の番号に○を記入すること。