

別紙様式 1

学 則

事業者番号	250	名 称	医療法人社団 仁井谷医院		
所在地	広島県呉市中通 2 丁目 8-18				
連絡先・ 相談窓口	所 属	地域連携室	職 氏 名	室長 大室大樹	
	電話番号	090-1335-8623	FAX 番号	0823-27-8191	
	メ ー ル	omuro@niitani-clinic.jp	HP アドレス	http://www.niitani-iin.jp/	

1 研修の内容

①名 称	にいたにクリニック 介護職員初任者研修				
②課 程	介護職員初任者研修課程		③講義方法	通信	
④実施期間	令和 5 年 1 月 7 日 ～ 令和 5 年 4 月 22 日				
	日 程	日程表(別紙様式 2)のとおり			
⑤カリキュラム 及び講師	通信カリキュラム(兼)講師一覧表(別紙様式 4)のとおり				
⑥使用テキスト	名 称・ 発行会社	介護職員初任者研修テキスト 中央法規 (第 2 版・第 2 刷)			
⑦実施場所	講義施設	にいたにクリニック研修室	所在地	呉市中通 2 丁目 1-24 ガレンビル 1 階	
	演習施設	にいたにクリニック研修室	所在地	呉市中通 2 丁目 1-24 ガレンビル 1 階	
	実習施設	実習施設一覧表(別紙様式 5)のとおり			
⑧受 講 料	金 52,000 円 (テキスト代 5,400 円, 実習費 4,000 円, 消費税含む。)				
	支払方法	申込期日までに指定口座へ振り込み			
	解約条件・ 返金の有無	開講日前日までに解約の申し出があった場合は、受講料の全額を返還する。開講日以降に受講者の都合により受講を解約する場合、受講料の返還は行わない。			
⑨定 員	10 名				
⑩そ の 他					

2 受講資格

①資格要件	1. 義務教育修了者で心身ともに健康な方 2. 全カリキュラムを指定した日時・場所で受講できる方
-------	---

3 受講の手続き

①申込方法	1. 電話にて受講の申込予約後、申込書類一式を送付致します。 電話番号 (0823) 27-8190 2. 受講申込書に必要な事項を記入の上②の申込先へ郵送または FAX してください。 3. 締め切り日までに、指定された口座へ受講料 52,000 円をお振込みください。 指定口座 山口銀行 呉支店 普通預金 5024725 (医) 仁井谷医院 にいたにクリニック	
②申込先	〒737-0046 広島県呉市中通 2 丁目 8-18 にいたにクリニック 介護職員初任者研修係 FAX (0823) 27-8191	
③受講決定	受講申込書と受講料のお振込みが確認でき次第受講決定とし、開講のご案内を送付致します。	
④科目免除	免除の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	免除科目	
	対象者	
	申込方法	

4 受講上の注意事項

①遅刻・早退・欠席の取扱い	遅刻	各科目において遅刻は履修を認めず、別途補講を実施する。
	早退	各科目において早退は履修を認めず、別途補講を実施する。
	欠席	やむを得ない理由で欠席した場合は別途補講を実施する。
②補講の実施	実施の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	可能な科目	すべての科目
	上限	10 時間
	方法	当法人が別日程で行う
	費用	1 科目につき 5,000 円を受講者の負担とする。
	注意事項	研修実施期間内に補講を終了し、修了評価を得る必要がある
③修了の取扱い	修了評価	修了評価の方法(別紙様式 10)のとおり
	修了期限	令和 5 年 11 月 25 日までに修了すること。
	修了認定	修了を認定した者には、修了証書を交付する。
④受講の取消し	次に該当するものは、受講を取り消すことがあるものとする。 (1) 学習意欲が著しく欠け、修了の見込みがないと認められる者 (2) 研修の秩序を乱し、その他受講者としての本分に反した者 (3) その他、当法人が修了証交付を適当でないと判断した者	
⑤受講中の事故等の対応	研修事業実施中に事故が発生した場合は、県、当該受講生の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。 受講中の事故などについては、損害保険に加入して対応する。	

⑥個人情報の取扱い	受講者の個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に管理し、介護職員研修事業について必要な場合のみに使用する。なお、修了者には広島県の管理する修了者名簿への登載を目的として、広島県に対し、修了者の個人情報を提供する。また、受講者は、研修を受講する上で知り得た個人情報を外部に漏らしてはならない。
------------------	---