

介護員養成研修重要事項説明書

作成日 2020年7月22日

1. 研修事業者概要

事業者名	ファインフォレスト株式会社	
代表者名	森島 征司	
所在地	神戸市垂水区旭が丘1-9-60	
事業者指定県民局	兵庫県健康福祉部少子高齢局高齢政策課	
事業者指定年月日	令和2年1月30日	
事業者指定番号	第19107号	
基本財産・資本金	100,000,000	
主な出捐者・出資者とその金額	森島征司(593,000,000) 森島淑子(322,000,000) 河村康正(10,000,000)	
他の主な事業	介護付有料老人ホーム	
介護員養成研修事業を開始した年月日	平成21年4月4日	
過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績	初任者研修：12講座(121人) 2級：13講座(236人) 基礎：3講座(60人)	直近の講座開設日 平成31年4月9日 平成26年12月24日 平成24年9月25日

2. 研修の概要

研修の名称	フォレスト介護員養成研修(通学)	
研修の課程	介護職員初任者研修過程	
通信、通学の別	通学	
事業者指定県民局	兵庫県健康福祉部少子高齢局高齢政策課	
研修指定年月日	2020年7月20日	
事業指定番号	第20-19107-2 第20-19107-3 第20-19107-4 第20-19107-5 第20-19107-6	
定員	15人(10人以上で開講)	
研修の実施場所及び時間	講義・演習	場所：フォレスト研修センター(141時間)
	実習	なし
研修期間	1. 令和2年9月7日～令和3年1月20日 2. 令和2年9月8日～令和3年2月23日 3. 令和2年9月11日～令和3年2月26日 4. 令和2年12月10日～令和3年3月6日	

	5. 令和2年12月18日～令和3年3月22日
受講資格	介護員に従事する事を希望する者または福祉とりわけ介護に関心があり、学習しようとする意欲のあるもの。
補講の可否・条件等	やむをえない事情により講義・演習を欠席した場合、修了評価が基準に満たない場合2科目を限度に補講
修了評価の時期	全科目を修了し、かつ講義及び演習終了後に実施する修了評価において合格したものを研修修了者として認め、修了証明書を交付する。 ※評価基準は以下のとおり、理解度の高い順にA・B・C・Dの4区分とし、C以上で評価基準を満たしたものと認定する。 【評価基準（100点を満点評価とする）】 A=90点以上、B=80～89点、C=70～79点、D=70点未満
修了評価が評価に基準に満たない場合の補講・再評価	評価日当日に補講及び再評価を実施する。

- * 1 修了証明書は、研修期間終了後に兵庫県健康福祉部高齢社会局介護保険課で実績報告書の確認が行われた後に発行されます。
- * 2 再評価においても不十分である場合は、修了証明書を発行しません。

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

事業者名	社会福祉法人 神戸福生会	
代表者名	理事長 大和田 理紗	
所在地	〒652 - 0051 神戸市兵庫区里山町1番48	
基本財産・資本金	600,620円	
主な出損者・出資者とその金額		
他の主な事業	1. 第一種社会福祉事業 2. 第二種社会福祉事業 3. 公益を目的とする事業 (居宅介護支援、診療所等)	
公益法人の場合の主務官庁	兵庫県社会福祉課	
介護員養成研修事業を開始した年月日	平成27年4月2日	
過去に兵庫県内で実施した介護員養成研修の実績	初任者研修：64名	直近の講座開設日 平成30年11月10日
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	0円	

4. 受講料

受講料の支払い方法	口座に振り込み
受講料の額	68,000円
教材費	5,500円

その他必要な費用	・補講については、科目時間数に応じ 60 分につき 1,000 円とする。
消費税	税込み
合計	73,500 円

5. 解約条件等

利用者からの解約の場合	解約料なし
事業者からの解約の場合	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研修中に著しく公序良俗に反する言動・行動等 があり授業秩序を乱すと当社が判断した場合。 2. 受講料の支払いが支払い期限を越えた場合。 3. 修了評価に合格しなかった場合。 4. 講義科目を 3 科目以上欠席した場合。 5. 演習科目を 2 科目以上欠席した場合。

6. 苦情・相談窓口

担当部署名	フォレスト垂水
担当者名	村上京子
電話番号	078-704-2005
FAX 番号	078-708-4567
E メールアドレス	info@forestkouza.jp

添付書類：1 カリキュラム

_____ 様

説明年月日 2020 年 月 日

説明者職名 _____ フォレスト介護員養成研修担当 _____

説明者署名 _____