（様式第１－２号）

学　　　　　則

１　開講の目的

２　研修の名称

□介護職員初任者

□生活援助従事者

３　課程及び形式　　　　　　　　　　　　　　　　　　研修課程（通学・通信）

４　県内事業所の所在地

５　開催期間（○ヶ月）　　　　　　　　　　　ヶ月

６　開催回数（年間）及び開催時期　　　　年　　　回

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　(注)　　　　　　　で時期を明示すること。

７　研修内容　　　（別紙「研修カリキュラム・シラバス」のとおり）

８　講師の氏名及び担当科目並びに専任又は兼任の別　　（別紙「講師一覧表」のとおり）

９　研修実施場所　　　　　講義

　　　　　　　　　　　　　演習

　　　　　　　　　　　　　実習（行う場合のみ）　　　（別紙「実習施設一覧表」のとおり）

１０　受講対象者

１１　受講定員

１２　受講手続及び本人確認の実施方法

１３　科目の一部免除の取扱いと手続き

１４　受講料、教材費等、受講者が負担すべき費用

１５　実技評価の方法等　　（別紙「実技評価基準等」のとおり）

１６　修了評価の方法等　　（別紙「修了評価基準等」のとおり）

１７　未修了者又は辞退者の取扱方法及び費用等

１８　補講を実施する場合の実施方法及び費用等

１９　問合せ・申込み先　　（記載内容が複雑な場合は、概略を記載し、別紙記載とすること。）

２０　情報の開示を行うためのインターネット上の事業者のホームページアドレス

２１　その他