

研修期間が公表すべき情報の内訳

研修機関 情報	法人情報	法人格・法人名 称・住所等	特定非営利活動法人 和来 愛知県一宮市今伊勢町 本神戸字名栗 1 9 3 - 3
		代表者名、研修事 業担当理事・取締 役名	代表理事 中村 直子
		介護保険事業を実 施している場合・ 事業概要	・訪問介護事業 わらいケアサービス（愛知 2372202933） ・一般乗用旅客自動車運送事業 福祉有償運送（中愛福第 109 号）
	研修機関 情報	事業所名称・住所 等	特定非営利活動法人 和来 わらい医療福祉スクール 愛知県一宮市大江三丁目 1 2 番地 9 号 OSスカイビル 2 0 2 号
		理念	人と人との調和を大切にし、高齢者、障害者福 祉に係る問題の改善解決を図り、地域での活動 を豊かにする機会を提供することにより、介護 社会の向上と地域福祉の増進に寄与する人材 の育成を目的とする。
		学則	別紙「学則」参照
研修施設、設備		別紙「シラバス」参照 設備：ベッド 2 台、車椅子 2 台、ポータブルト イレ 2 台、その他紙おむつなどの消耗品は受講 生数に合わせて適宜用意する。	
研修事業 情報	研修の概要	対象	心身ともに健康で、修了まで受講できる方を対 象とする。
		研修のスケジュー ル（期間、日程、 時間数）	ホームページ上「研修スケジュール」 および別紙「学則・別紙」参照
		定員と指導者数	定員 別紙「学則・別紙」参照 指導者数 別紙「講師一覧表」参照
		研修受講までの流 れ（募集、申し込 み）	受講の手続きは次のとおりとする。 （１）申込用紙に必要事項を記入の上、期日ま でに申し込む。

		<p>(2) 指定の期日までに受講料等を納入する。</p> <p>(3) 申込用紙、本人確認書類の提出及び受講料等の納入を確認し、受講手続きを完了するものとする。</p> <p>※本人確認については、下記のいずれかの提出によって行うものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本、戸籍抄本もしくは住民票 ・住民基本台帳カード ・在留カード等 ・健康保険証 ・運転免許証 ・パスポート ・年金手帳
	費用	6万円
	留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等	<p>少子高齢化に伴い、高齢者人口がますます増加していく中で、介護への知識を持つことは必須となってきます。</p> <p>以前ホームヘルパー2級であった介護職員初任者研修の資格取得をして、なりたい自分を見つけていきましょう！</p>
課程責任者	課程編成責任者名	中村 直子
研修カリキュラム	科目別シラバス	別紙「シラバス」参照
	科目別担当教官名	別紙「講師一覧表」参照
	科目別特徴	別紙「シラバス」参照
(通信)	科目別通信・事前・事後学習とする内容及び時間	別紙「シラバス」参照
	通信課程の教材・指導体制・指導方法・課題	<p>教材：「学則」使用テキスト参照</p> <p>指導体制・方法：スクーリング時、もしくは、郵送・FAX等で受付し、随時回答</p> <p>課題：指定プリント課題</p>
修了評価	修了評価の方法、評価者、再履修等の基準	<p>評価方法：筆記試験（7割以上合格）</p> <p>評価者：別紙「講師一覧表」に準ずる</p>
講師情報	名前、略歴、現職、資格	別紙「講師一覧表」参照

実績情報	過去の研修実施回数(年度ごと) 過去の研修延べ参加人数(年度ごと)	令和2年度 実施回数3回 参加人数27人 令和3年度 実施回数2回 参加人数12人
連絡先等	申し込み・資料請求先	ホームページ http://www.warai-ifs.com 問い合わせ・申し込みフォーム もしくは、 TEL : 0586-52-2324 FAX : 0586-52-23-72 にて受け付けております。
	法人の苦情対応者名・役職・連絡先	TEL : 0586-52-2324 FAX : 0586-52-23-72 代表理事 中村直子
	事業所の苦情対応者名・役職・連絡先	TEL : 0586-52-2324 FAX : 0586-52-23-72 杉江美紀 吉田香織