

研修機関が公表すべき情報の内訳

令和 5 年 4 月 4 日 作成

情報の種類		内 容
研修機関情報	法人情報	法人格 株式会社 法人名称 株式会社シティトラスト 住所 〒673-0892 兵庫県明石市本町一丁目1番24号大日明石本町ビル3F 連絡先 078-913-6055 代表者 代表取締役 杉本庄司 取締役 増田 理人 研修事業担当理事 福谷 幸子
	研修機関情報	名称 シティトラストケアスクール介護員養成研修 (明石校 第2回) (通信) 住所 〒673-0892 兵庫県明石市本町1丁目1-24 大日明石本町ビル2F 理念 HP 参照 学則 PDF (参照) 研修施設、設備：85.8㎡教室、ホワイトボード、プロジェクター、 パソコン、介護ベッド及び介護用具等
研修事業情報	研修の概要	①介護職員として従事することを希望する者。 ②株式会社シティトラストに就業を予定する者または就業者。 ③家族介護のため研修を必要とする者。 ④16歳以上の義務教育修了者、もしくは日本語の読み書きがそれに 準ずる能力を有する者で演習を含む全ての課程を自分ひとりの力 で受講、遂行することが可能な者。 ⑤心身ともに健康で実技演習に耐えうる体力のある者。 ⑥事業者が適当と認める者。 ①～③いずれか かつ ④、⑤のいずれも該当する者。 ⑥に該当する者 研修のスケジュール：PDF (参照) 募集開始予定年月日：認可あり次第 定員：12名 指導者数：講師 6 名体制 研修受講までの流れ 学則PDF (参照) 費用：35,000 円 (テキスト代金 5,500 円保険料 500 円含む) 税込 留意事項、特徴、受講者へのメッセージ (HP参照)
	課程責任者	課程編成責任者名： 福谷 幸子

	研修カリキュラム	科目別シラバス PDF (参照) 科目別担当講師名 PDF (参照) 科目別特徴 シラバスPDF (参照)
	通信を行う場合	※ 1 添削指導及び面接指導の指導方法参照 ※ 2 添削指導計画書
	実習を行う場合	
	修了評価	修了評価の方法、評価者、再履修等の基準 学則PDF (参照)

講師情報	<p>名前：福谷 幸子 資格：准看護師 介護福祉士 略歴：医療施設 准看護師 (5年) 訪問介護事業所 管理者兼サービス提供責任者 (9年) 福祉専門学校 非常勤講師 (5年) 現在：専任講師 (8年6ヶ月)</p> <p>名前：張木 智代 資格：介護福祉士 略歴：訪問介護事業所 訪問介護員 (4年) 訪問介護事業所管理者兼サービス提供責任者 (10年) 常勤講師 (2年10ヶ月) 現在：共同生活援助 管理者兼務サービス管理責任者 (3年3ヶ月) 非常勤講師 (7年2ヶ月)</p> <p>名前：渡邊 桃代 資格：看護師 略歴：医療施設 看護師(4年5ヶ月) 訪問看護事業所 看護師(5年) 訪問介護事業所 サービス提供責任者(1年7ヶ月) 現在：訪問看護事業所 管理者兼務看護師(4年6ヶ月) 非常勤講師(5年11ヶ月)</p> <p>名前：中木 直人 資格：社会福祉士 介護福祉士 略歴：障害者施設 生活支援員(9年8ヶ月) 障害者施設 相談支援員(13年) 高齢者施設 生活相談員(1年3か月) 介護員養成校 非常勤講師(通算6年5ヶ月) 現在：高齢者介護施設 生活相談員 (3年7ヶ月) 非常勤講師(3年8ヶ月)</p>
------	--

	<p>名前：岸本 光 資格：看護師 略歴：医療施設 看護師(6年6ヶ月) 看護専門学校 看護教員(1年2ヶ月) 訪問看護事業所 看護師(14年1か月) 特別支援学校 看護師(3年) 通所介護事業所 看護師(4か月) 介護員養成校 医療的ケア非常勤講師(3年3か月) 現在：非常勤講師(2年11ヶ月)</p>
実績情報	<p>令和3年度～4年度 開講実績 初任者講座 合計144人</p>
連絡先	<p>申込・資料請求先 名称：株式会社シティトラスト 〒673-0892 兵庫県明石市本町1丁目1-24 大日明石本町ビル2F TEL078-914-6155 FAX078-914-1123 法人の苦情対応名及び事業所の苦情対応者名： 研修事業担当理事：福谷 幸子 TEL078-914-6155 FAX078-914-1123</p>
質を向上させるための取り組み	<p>研修開始時及び研修終了後、アンケートを実施し受講生の満足度を調査し次回の研修に反映する。</p>