

養成施設申請用 自己チェックシート

年 月 日

ご担当者名		役職名	
E-mail		TEL	

【1】 基本情報

養成施設名 ※学校法人の認定校は、法人名も併せてご記入ください。	(法人名)		公印 省略
	(学校名)		
本校名 ※既に本校登録されている場合			
代表者名		役職名	
住所	〒		
TEL		FAX	
URL	http://		

【2】 実施コースについて

※通信教育課程は、通学コースを実施する当協会認定校に於いて設置することができ、通信教育課程のみの設置はできません。
※2 年時にエステ以外の選択がある等は、特記事項ご記入ください。

①	コース名			
	履修時間数 ※該当に○印	300h(通学 ・ 通信制) ・ 1000h	コース期間	年 ・ ヶ月
	取得予定AEA資格 ※該当☑	<input type="checkbox"/> 認定のみ <input type="checkbox"/> 上級のみ <input type="checkbox"/> 認定と上級両方 <input type="checkbox"/> 上級不合格の場合は認定		
	特記事項			
②	コース名			
	取得予定AEA資格 ※該当に○印	300h(通学 ・ 通信制) ・ 1000h	コース期間	年 ・ ヶ月
	取得予定AEA資格 ※該当☑	<input type="checkbox"/> 認定のみ <input type="checkbox"/> 上級のみ <input type="checkbox"/> 認定と上級両方 <input type="checkbox"/> 上級不合格の場合は認定		
	特記事項			
③	コース名			
	履修時間数 ※該当に○印	300h(通学 ・ 通信制) ・ 1000h	コース期間	年 ・ ヶ月
	取得予定AEA資格 ※該当☑	<input type="checkbox"/> 認定のみ <input type="checkbox"/> 上級のみ <input type="checkbox"/> 認定と上級両方 <input type="checkbox"/> 上級不合格の場合は認定		
	特記事項			

募集生徒数(6名以上必要)	名			
クラス数(例: 18名×3クラス=48名)	名×		クラス	=計名
実技授業の生徒数(1クラス: 36名まで)	1クラス	名	講義授業の生徒数	1クラス名

【注】 必修科目は、認定講師が指導を行う。その他の科目については認定講師またはその分野の専門家が指導を行う。

[illegible]

【5-1】各実施カリキュラム数及び、担当講師について

必須 科目（300 時間、1000 時間以上履修コース）

※必須科目については当協会が定める AEA テキスト(例題集)を使用のこと。

※300h、1000h 両方実施で担当講師が異なる場合は、その旨の記入をお願いします。

科目	科目名	300h		1000h		担当講師名
	AEA 指定科目名	300h 規定数	履修時間	1000h 規定数	履修時間	
理論	エステティック概論	4		8		
	皮膚科学	24		55		
	解剖生理学	20		50		
	心身生理学	10		24		
	運動生理学	4		10		
	化粧品学	8		24		
	栄養学	8		30		
	エステティックカウンセリング	10		20		
	エステティック電気学・機器学	6		15		
	サロンマネジメント (ホスピタリティの精神を尊重する接客マナー)	4		20		
	エステティック関連法規	4		6		
	サロンでの救急法	4		4		
	サロンでの衛生・消毒	4		14		
(A) 小 計		110		280		
実技理論	ボディ実技理論	6		20		
	フェイシャル実技理論	10		30		
	美容脱毛学	4		6		
(B) 小 計		20		56		
実技	フェイシャル実技	90		250		
	ボディ実技	70		210		
	ワックス脱毛実技	10		16		
(C) 小 計		170		476		
(D) 合計時間数(A+B+C)		300		812		

【注】カリキュラム編成に於いては、各科目の時間数を下回らないこと。また、1 時間は 60 分とし休憩時間を含まない。

必修科目は認定講師が指導を行う。その他の科目については認定講師またはその分野の専門家が指導を行う。(認定校規約第 14 条参照)

【5-2】 各実施カリキュラム数及び、担当講師について

選択 科目 (1,000 時間以上履修コース) 履修時間

科目	選択 科目名		時間数		担当講師名
	科目名	貴校教科名	規定数	履修時間	
実技理論	メイクアップ理論		計:44		
	ネイルケア/マニキュア理論				
	フットケア/ペディキュア理論				
	アロマセラピー／フットセラピー理論				
	エクササイズ実技理論				
	タラソセラピー／ハイドロセラピー理論				
	東洋・西洋のセラピー理論				
	リンパドレナージュ理論				
	代謝療法理論				
	美容電気脱毛／美容ライト脱毛理論				
	介護・福祉理論				
	その他の実技理論、課外授業等				
	小計(E)		44		
実技	メイクアップ実技		計:144		
	ネイルケア／マニキュア実技				
	フットケア／ペディキュア実技				
	アロマセラピー／フットセラピー実技				
	エクササイズ実技				
	東洋・西洋のセラピー実技				
	カウンセリング実技				
	介護・福祉関係実技				
	その他の実技、課外授業等				
	模擬サロン実習				
小計(F)			144		
(G) 合計時間数(D+E+F)			1000		

【注】カリキュラム編成に於いては、各科目の時間数を下回らないこと。また、1 時間は 60 分とし休憩時間を含まない。

必修科目は認定講師が指導を行う。その他の科目については認定講師またはその分野の専門家が指導を行う。(認定校規約第 14 条参照)

【6】施設・構造、設備・機器・用具・備品等

チェック内容						○or×	設置 数等	事務局 記入欄
消防法に基づいた防災設備・避難誘導設備を有している（※非常口付近に荷物等が置かれていない）								
避難訓練を実施している（※職員が避難経路や防災設備について理解している）								
空調・換気について適温に設定され、授業に支障がない								
事務室（職員室）の設置（※実技教室、講義教室とは別に事務スペースが確保されていること）								
ロッカー及び収納棚の設置 ※生徒数分鍵付きのロッカーがある事が望ましい							個	
トイレの設置（※衛生が保たれ、学生など人数に対し十分な数の設置であること）							個	
講義用机・椅子の設置 ※適切に配置できるスペース確保、生徒数分の用意が必須						机 椅子	個 脚	
十分な照明・採光を有している（※1 教室 300Lux 以上 板書が見え、筆記作業に支障がないこと）								
実技教室の面積は、35 m ² 以上ある							m ²	
実技教室数：		室／	m ²	m ²	m ²	m ²	講義教室数：	室
トリートメントベッドの設置 ※生徒数の 2 分の 1							台	
1 ベッドにつき、6 m ² 以上のスペースを確保している								
配線（コンセント）の数は適正である ※1 ベッドにつき 2 口以上設置（延長コードの 2 口は不可）								
洗濯機・乾燥機の設置 ※リネン業者に出している場合はなくてもよい								
給湯設備は完備されている（※10 ベッドに 1 シンク以上設置すること）								
消毒室 ／ コーナー	実技教室内に消毒室（コーナー）があり、扉付き収納庫がある							
	紫外線消毒機器の設置（実習室に対し 1 台以上）						台	
	収納状況：蓋付容器で整理整頓され衛生が保たれている							
	消毒液：消毒物毎に消毒液を使い分けている。 日本エステティック研究財団の衛生基準に基づいた消毒（下記）から 3 種類以上用意 ※該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> エタノール <input type="checkbox"/> 次亜塩素酸ナトリウム液 <input type="checkbox"/> 逆性石ケン液 <input type="checkbox"/> 両性界面活性剤 <input type="checkbox"/> その他【							
蓋付きのゴミ箱の設置 ※各ベッドへ衛生管理上蓋付のゴミ箱必須							個	
ホットキャビネットの設置 ※5 ベッドに 1 台以上（10 本以上収納）							台	
ワゴンの設置 ※1 ベッドに各 1 台							台	
ワックスヒーターの設置 ※ワックス脱毛のヒーターやワックス剤 5 ベッドに 1 台以上							台	
●フェイシャル機器（ベッド数分要）※以下の装備があること（確認用に☑してください。） <input type="checkbox"/> スチーマー <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ブラシ <input type="checkbox"/> パター <input type="checkbox"/> イオン導入 <input type="checkbox"/> エレクトロクレンジング							台	
メーカー名					機器名			
●ボディ機器 ※下記のうちどれか 3 種（ベッド数 2 分の 1 ずつ要）※該当するものに☑してください。							台	
<input type="checkbox"/> 低・ <input type="checkbox"/> 中周波機器 <input type="checkbox"/> バイブレーション <input type="checkbox"/> サクション <input type="checkbox"/> 超音波機器 <input type="checkbox"/> その他（								
メーカー名					機器名			

※フェイシャル機器、ボディ機器「取扱説明書」コピーのご提出をお願いする場合がございます。