

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【訓練コース番号： _____】 【訓練科目名： _____】

【機関(法人)名： _____】

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名			
種別	<input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 株式会社以外の事業主 <input type="checkbox"/> 事業主団体等 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 大学等 <input type="checkbox"/> 一般公益社団法人等 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 職業訓練法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
代表者職・氏名			
機関(法人)所在地等	〒		
	TEL ()	FAX ()	
設立年月日	大正・昭和・平成	年	月 日

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名			
訓練実施施設所在地等	〒		
	TEL ()	FAX ()	
訓練実施施設代表者職・氏名			
従業員数		運営・管理部門	訓練指導担当部門
	常勤	人	人
	非常勤	人	人
		合計	人

(3) 訓練実施運営体制

区分	内容	
訓練実施責任者 (大阪府との窓口)	職・氏名：	
	TEL：	FAX：
	メールアドレス：	
事務担当者 (受講者の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	職・氏名：	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：	
	TEL：	メールアドレス：
苦情処理責任者	職・氏名：	
	TEL：	メールアドレス：
障がい(精神・発達)のある受講生の受入れの可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
職業訓練サービスガイドライン研修の受講の実績	<input type="checkbox"/> 受講 (受講年度 年 修了者の修了証の写(有・無)) <input type="checkbox"/> 受講申込 (受講年度 年 申込書Eメールの写(有・無)) <input type="checkbox"/> 受講実績及び申込実績なし	