

【訓練科目名： 在宅Webクリエイター科(3か月)】
【機関(法人)名： 株式会社 大阪××】

(7) 訓練実施施設概要

訓練実施施設名	株式会社 大阪×× 大手前センター		
訓練実施施設所在地	〒540-0875 大阪府大阪市中央区大手前〇丁目〇番〇号 大阪××ビル TEL 06(6210)〇〇〇〇 FAX 06(6210)〇〇〇〇		
目 項	汎用eラーニングコンテンツ	オリジナルeラーニングコンテンツ	
コンテンツ等	製作又は販売会社名	□□□□社製	
	製作年次又は改定年次	〇〇〇〇年〇月〇〇日	
	画面学習サイズ (800×1024ピクセル)	1024×800	
	説明用音声の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	説明用音声以外の音声の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	動画による説明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	アニメーションによる説明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
演習問題等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
学習管理システムの概要	※必須 (※各提案者の学習管理システムの概要を記載すること。)		
電子掲示板	電子掲示板の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	電子掲示板管理者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
スクーリング	スクーリングの実施 ※必須 ・実施頻度 (月2回) ・実施場所：名称 (株式会社 大阪×× 大手前センター相談室) 所在地 (大阪府大阪市中央区大手前〇丁目〇番〇号 大阪××ビル10階) 最寄駅 地下鉄谷町線 谷町四丁目駅 バス・徒歩 9分 ・スクーリングが困難な訓練受講生に対する訪問指導 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
スクーリングとは別の訪問指導	スクーリングとは別の訪問指導 (スクーリングが困難な訓練受講生に対する訪問指導を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 可 (実施頻度：訓練期間中に月 回以上可能) <input type="checkbox"/> 不可		
	<input type="checkbox"/> その他 () ・実施内容 ()		
個人認証(本人確認)方法	※必須 (※各提案者の個人認証方法を記載すること。)		
訓練に必要なパソコン周辺機器の貸出し	<input checked="" type="checkbox"/> 可 (機器名：PC一式、USBメモリ) <input type="checkbox"/> 不可		