

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書
〔在職者訓練〕

平成 年 月 日

大阪府知事様

住 所
機 関 (法 人) 名
代 表 者 職 ・ 氏 名

印

大阪府が実施する障がい者委託訓練を受託したく企画提案書を提出します。

1 訓練区分 ※提案する訓練の□に チェック(✓、■) を記載すること	在職者訓練				
	<input type="checkbox"/> 通所型コース <input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース				
2 訓練実施施設名					
3 訓練回数 (1年間につき)	回		本訓練はオーダーメイド型で実施するため、実際の訓練時間は訓練受講者毎に異なります。		
4 対象障がい者 ※対象とする障がいに ○印を記載すること ※対象が発達障がいの 場合は、その他の欄に 発達と記載すること	身体		知的	精神	その他
	上下肢・内部	視覚	聴覚		
	【訓練受講者の障がい程度の条件】				
5 定員(開講最少人数) 年間可能人数	1回あたりの定員 人 (人)			年間可能人数 人	
	※()内は、開講可能な最少人数を記載すること				
6 企画提案書添付書類	別紙様式第2号から第9号及び任意様式のとおり				