

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【機関(法人)名: 株式会社 △△△△△】

【訓練実施施設名: 〇〇〇〇スクール 咲洲】

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名	株式会社 △△△△△		
種別	<input checked="" 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	代表取締役 〇〇 〇〇		
機関(法人)所在地等	〒123-4567 大阪府大阪市・・・・ TEL 06(1234)5678 FAX 06(5678)1234		
設立年月日	大正・昭和・平成 55年 10月 1日		

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	〇〇〇〇スクール 咲洲校			
訓練実施施設所在地等	〒000-0000 大阪府大阪市・・・・ TEL 06(0000)0000 FAX 06(1111)1111			
訓練実施施設代表者職・氏名	学校長 ×× ×× 職名を忘れずに記入すること。以下、職名を書く必要のある様式も同様。			
従業員数	運営・管理部門			
	常勤	3人	2人	5人
	非常勤	2人	1人	3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: 事務局長 〇〇 〇〇	
	TEL: 06(0000)0000	TEL: 06(0000)0000
	メールアドレス: abc@xxxxxxx.co.jp	
事務担当者 (受講生の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	職・氏名: 事務 〇〇 〇〇	
	TEL: 06(0000)0000	TEL: 06(0000)0000
	職・氏名: 事務 〇〇 〇〇	
	TEL: 06(0000)0000	TEL: 06(0000)0000
苦情処理責任者	TEL: 06(0000)0000	
	TEL: 06(0000)0000	
障がい(精神・発達)のある受講生への支援体制	<input checked="" type="checkbox"/> 整って <input type="checkbox"/> 整っていない	
職業訓練サービスガイドライン研修の受講の実績	<input checked="" type="checkbox"/> 受講 (受講年度 30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 <input type="checkbox"/> ISO29990を取得している	
公的職業訓練に関する職業訓練サービスガイドライン適合事業所認定	<input checked="" type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	

「修了証書」の写し、または「受講証」の写し、申込中の場合、申し込みが確認できる書類の写し(電子メールの写し等)を添付する。
ISO取得、適合事業所認定は、取得や認定が確認できる書類の写しを添付する。