

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書

〔知識・技能習得訓練(集合訓練)〕

令和 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	<input type="checkbox"/> 介護スキル養成コース	職場実習	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無									
	<input type="checkbox"/> ITスキル養成コース	職場実習	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無									
	<input type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース	職場実習	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無									
	<input type="checkbox"/> その他コース	職場実習	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無									
2 訓練科目名													
3 訓練実施施設名													
4 訓練時間・月数	総訓練時間： 時間	訓練月数：3か月 ※訓練月数は変更不可											
5 弾力化後の月数	か月 ※訓練期間を弾力化する場合のみ記載すること												
6 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									
	<table border="1"> <tr> <td>上下肢・内部</td> <td>視覚</td> <td>聴覚</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	上下肢・内部	視覚	聴覚									
上下肢・内部	視覚	聴覚											
【訓練受講者の障がい程度の条件】													
7 提案する訓練開 講月(提案する開講 月を選択すること)	訓練区分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月			
	介護スキル養成コース	<input type="checkbox"/>											
	ITスキル養成コース				<input type="checkbox"/>								
	ビジネススキル養成 コース			<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			
	その他コース								<input type="checkbox"/>				
8 定員(開講最少人数) 年間実施人数 ※開講最少人数は1回 あたり定員の5割以 下の数を記載するこ と	1回あたりの定員 人 (人) ※()内は、開講可能な最少人数を記載すること												
9 職業訓練実施経費	訓練実施委託費 _____ 円					職業能力講座実施委託費 _____ 円							
	(※様式第8-1号の「訓練実施委託費」 の「合計」を記載すること)					(※様式第8-1号の「職業能力講座実施委託 費」の「合計」を記載すること)							
10 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												