

## 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"/> 介護系コース		職場実習 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	<input type="checkbox"/> 事務系コース		職場実習 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	<input type="checkbox"/> 作業系コース		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 総訓練時間・月数	時間		3か月 ※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 ※身体・知的・精神以外 の障がいを対象とする 場合は、その障がい を「その他」の欄に 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】												
7 各系別訓練開講月												
※各系の定められた開講 月の□にチェックを記載 すること。同一系なら複 数チェックも可	区分	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	介護系		<input type="checkbox"/>									
	事務系		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
作業系				<input type="checkbox"/>				<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											