

|        |    |    |    |    |     |
|--------|----|----|----|----|-----|
| 身体     |    |    | 知的 | 精神 | その他 |
| 上下肢・内部 | 視覚 | 聴覚 |    |    |     |
|        |    |    |    |    |     |

**対象障がい種別毎の訓練実施体制**

- ・ 複数の障がい種別を対象としている場合、各障がい種別毎の対応について記入し提出すること。  
(身体障がいのみを対象とする場合で、その内訳で複数の障がい種別を対象とする場合も各障がい種別毎の対応について記入し提出すること。)
- ・ 障がい種別が1つだけを対象とする提案の場合は提出不要。  
(身体障がいのみを対象とする場合で、その内訳でいずれか1つだけの障がい種別を対象とする場合も提出不要。)
- ・ 上記の欄に記入する障がい種別に○を入れてください。 **※A4両面1枚以内に収めること。**

1. 訓練内容における対応 (例: 進捗状況確認・遅れている場合のフォロー方法)

2. 訓練運営スタッフ・講師等の人員体制 (例: 職員研修の内容・相談しやすい環境作り)

3. 協力体制・その他 (例: 支援機関・提携病院との対応)