

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：

訓練実施施設名：

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名	株式会社 ○○○○○○○○
代表者職・氏名	
機関(法人)所在地等	〒 TEL:
設 立 年 月 日	

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	
訓練実施施設 所在地等	〒 TEL mail:
訓練実施施設代表者 職・氏名	

(3) 訓練実施運営体制

区 分	内 容
訓練実施責任者	職名・氏名：
	TEL：
	mail：
事務担当者 (訓練生の手続き、問 い合わせ等に常時対応 する窓口)	職名・氏名：
	TEL：
	mail：
	職名・氏名：
	TEL：
	mail：
苦情処理責任者	職名・氏名：
	TEL：
障がい(精神・発達)のあ る訓練生への支援体制	<input type="checkbox"/> 整っている <input type="checkbox"/> 整っていない
職業訓練サービスガイド ライン研修受講の受講実 績	<input type="checkbox"/> 受 講 受講年度 0 年 修了者の修了証の写
	<input type="checkbox"/> 受講申込 受講年度 0 年 申込書Eメールの写
	<input type="checkbox"/> 受講実績及び申込実績なし
I S O 29993及び I S O 21001の取得有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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 type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：

訓練実施施設名：

(4) 選考試験実施体制

区 分	内 容			
選考試験実施責任者	職名・氏名			TEL
面接試験室	面積	m ²	面積	m ²
	※試験1回あたりに設置できる部屋数			部屋
面接試験体制	1面接室あたり面接官2名配置できる体制があるか			可
採点体制	2名以上により複数チェックできるか			可

※使用する面接試験室の平面図を添付してください。

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

最寄り駅	①	線	駅(徒歩	分・距離	km)
	②	線	駅(徒歩	分・距離	km)
	③	線	駅(徒歩	分・距離	km)
	④	線	駅(徒歩	分・距離	km)
周辺地図					

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：

訓練実施施設名：

(6) 訓練実施施設概要

区 分	内 容
建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸（用途・使用目的等に教室利用が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
事務室	<input type="checkbox"/> 有（教室と分離している） <input type="checkbox"/> 無
就職相談室	<input type="checkbox"/> 有（教室・事務室と別々の部屋であり、プライバシーが確保されている） <input type="checkbox"/> 無
障がい者対応 ※該当する場合のみ	<input type="checkbox"/> 同一建物内に障がい者対応のトイレが設置されており、かつ、 建物玄関から訓練実施教室まで車いす等で介助なしに移動できる
空調・冷暖房	<input type="checkbox"/> 有（訓練実施に適した環境に設定できること） <input type="checkbox"/> 無
自習室 談話室・コンスペース	<input type="checkbox"/> 有 ※訓練時間外に利用できる部屋（教室でも可）及び訓練生がいつでも自由に <input type="checkbox"/> 無 利用できる談話室・コンスペース（訓練施設内に限る）の有無
安全衛生関係法令上の措置	<input type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じている <input type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じていない

※不動産登記簿謄本、賃貸借契約書等を添付してください。

※事務室、就職相談室、トイレ、障がい者対応トイレ、自習室、談話室・コンスペースの平面図を添付

(7) 府施策への協力について

○公正採用選考人権啓発推進員選任の有無 有 無○大阪企業人権協議会の加入の有無 有 無○おおさか人材雇用開発人権センター【C-STEP】の加入の有無 有 無○「大阪府障がい者サポートカンパニー」又は
「大阪府障がい者サポートカンパニー優良企業」への登録の有無 有 無

○障がい者雇用（企業単位）

<実雇用率> 4.60%以上 3.84~4.59%以上 3.08~3.83%以上 2.31~3.07%以上<法定雇用障がい者数
超過数> 7人以上 5~7人未満 3~5人未満 1~3人未満

就職支援体制

機関(法人)名：

訓練実施施設名：

(1) 就職支援実施担当者(提案訓練施設での勤務状況及び就職支援資格の有無)

週5日又は
月20日以上
の勤務

区 分	内 容
就職支援 責任者	職名・氏名：
	TEL：
	週 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 時 分から 時 分まで ()
	(不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで
	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
就職支援 担当者	職名・氏名：
	TEL：
	週 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 時 分から 時 分まで ()
	(不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで
	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	職名・氏名：
	TEL：
	週 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 時 分から 時 分まで ()
	(不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで
	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(2) 就職支援実施体制

区 分	内 容
厚生労働省の「ハローワーク求人情報オンラインサービス」を利用した求人情報のダウンロード内容が閲覧可能なパソコンの設置(訓練で使用するものとは別に設置するもの)	<input type="checkbox"/> 有(いつでも利用可能な台数 台) <input type="checkbox"/> 無
無料職業紹介事業許可(届出)の有無	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日 号) <input type="checkbox"/> 無
有料職業紹介事業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日 号) ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る <input type="checkbox"/> 職業紹介の許可を受けたグループ会社による職業紹介が可能 (会社名：) <input type="checkbox"/> 無
キャリアコンサルティングの実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
面接指導の実施	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
OSAKAしごとフィールド [®] の活用	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録