

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書
〔eラーニング〕

令和 年 月 日

大阪府知事様

住 所
機 関 (法 人) 名
代 表 者 職 ・ 氏 名

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 訓練区分名 ※提案する訓練の□に チェック(✓、■) を記載すること	<input type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース									
	<input type="checkbox"/> 自由提案コース									
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 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		
	上下肢・内部	視覚	聴覚							
	【訓練受講者の障がい程度の条件】									
6 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
	ビジネススキル 養成コース		<input type="checkbox"/> (3人)			<input type="checkbox"/> (3人)			<input type="checkbox"/> (3人)	
	自由提案コース	<input type="checkbox"/> (3人)								<input type="checkbox"/> (3人)
7 定員 (開講最少人数) 年間定員	1回あたりの定員 人 (人) ※()内は、1回あたりの開講最少人数を記載すること ※開講最少人数は、定員が3人の場合は2人以上、2人以内の場合は1人以上とする 年間定員 人									
8 職業訓練実施 経費	訓練委託費 円 ※様式第8—3号の「訓練委託費」の「合計(A+B)」を記載すること									
9 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									