

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○
 訓練実施施設名：○○○○○○校

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名	株式会社 ○○○○○○○○		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 職業訓練法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> 事業主団体 <input type="checkbox"/> その他 ()		
代表者職・氏名	代表取締役 ○○ ○○		
機関(法人)所在地等	〒000-0000 大阪市住之江区南港北1-14-16 TEL: 06(1234)5678 FAX: 06(5678)1234		
設立年月日	昭和60年10月1日		

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	○○○○○○校			
訓練実施施設所在地等	〒000-0000 大阪市・ TEL: 06(0000)0000 FAX: 06(1111)1111			
訓練実施施設代表者職・氏名				
従業員数		運営・管理部門	訓練指導担当部門	合計
	常勤	3人	2人	5人
	非常勤	2人	1人	3人

(3) 訓練実施運営体制

区分	内容		
訓練実施責任者	職名・氏名：事務局長 ○○ ○○ TEL：06(0000)0000 FAX： メールアドレス：abc@xxxxxxx.co.jp		
事務担当者 (受講生の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	職名・氏名：事務 ○○ ○○ TEL：06(0000)0000 FAX： メールアドレス：abc@xxxxxxx.co.jp それぞれの項目にチェックする。 障がいのある受講生への支援体制が整っているとは、例えば、対応できる相談スタッフ、教室以外のクールダウンのためのスペース等が確保されている場合等をいう。 職業訓練サービスガイドライン研修受講については、「修了証書」の写し、または「受講証」の写し、申込中の場合、申し込みが確認できる書類の写し(電子メールの写し等)を添付する。 適合事業所認定は、取得や認定が確認できる書類の写しを添付する。		
苦情処理責任者	TEL：06(0000)0000 メールアドレス：abc@xxxxxxx.co.jp		
障がい(精神・発達)のある受講生への支援体制	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受講 <input type="checkbox"/> 受講申込 <input type="checkbox"/> 受講実績及び申込実績なし	受講年度 R2 年	修了者の修了証の写 有 申込書Eメールの写
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 checked="" 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：株式会社 ○○○○○○○○

訓練実施施設名：○○○○○○校

(4) 選考試験実施体

面接試験室にあたる教室を、添付する図面に黄色マーカーで示し、㎡数も記載

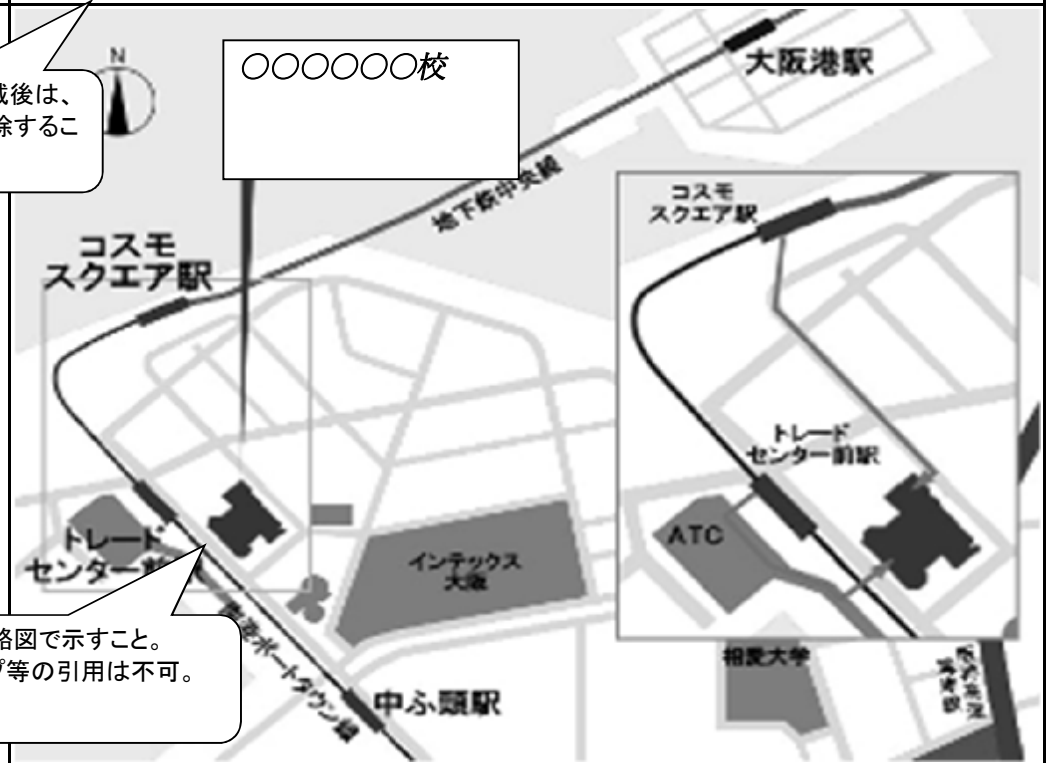
区 分	内 容	
選考試験実施責任者	職名・氏名 事務局長 ○○ ○○	TEL 06(0000)0000
面接試験室	面積 40.0㎡ 面積 37.5㎡ 面積 ㎡ 面積 ㎡	
	※試験1回あたりに設置できる部屋数 2 部屋	
面接試験体制	1面接室あたり面接官2名配置できる体制があるか	可
採点体制	2名以上により複数チェックできるか	面接試験室として使用する部屋の数を記入

※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	Osaka Metro南港ポートタウン線 トレードセンター前駅 (徒歩2分・距離0.1km) Osaka Metro中央線 コスモスクエア駅 (徒歩7分・距離0.6km) 例 Osaka Metro 御堂筋線 本町駅 ※ 最寄り駅が複数ある場合は、追記してください。
------	--

最寄り駅等を全て記載後は、この一文(※印)を削除すること。



わかりやすい略図で示すこと。グーグルマップ等の引用は不可。

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○
 訓練実施施設名：○○○○○○校

(6) 訓練実施施設概要

区 分	内 容
建物の権利関係	<input checked="" 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）
訓練実施施設の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独立施設 <input type="checkbox"/> 建物の1フロア <input type="checkbox"/> 建物の複数フロア（ <input type="checkbox"/> フロア） <input type="checkbox"/> 建物の一室 <input type="checkbox"/> 建物の複数室（ <input type="checkbox"/> 室） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）
事務室	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室と分離している） <input type="checkbox"/> 無
就職相談室	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室と分離している） <input type="checkbox"/> 無
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 有（男女別） <input type="checkbox"/> 無
障がい者対応 ※該当する場合のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物内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 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・コモンスペースについては、添付する図面に黄色マーカーで示すこと。教室を訓練時間外に自習室として利用する場合は、その旨を図面上で明記すること。 談話室・コモンスペースについては、エリアだけでなく机や椅子等も図面上で分かるように示すこと。
空調・冷暖房	<input checked="" 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・コモンスペース	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※訓練時間外に利用できる部屋（教室でも可）及び受講生がいつでも自由に利用できる談話室・コモンスペース（訓練施設内に限る）の有無 <input type="checkbox"/> 無
安全衛生関係法令上の措置	<input checked="" 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・コモンスペースの平面図を添付してください。

法人ではなく、施設（学校）単位

(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の選任及び公正採用人権啓発推進員新任・基礎研修受講の有無 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
- ※機関（法人）の常用従業員数 43.5人未満 43.5人以上

就職支援体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○

訓練実施施設名：○○○○○○校

() (提案訓練施設での勤務状況及び就職支援資格の有無)

責任者と担当者の
兼務不可。
担当者は1人以上
配置すること。

	内	容
就職支援責任者	氏名：就職支援主任 ○○ ○○	
	TEL：06(0000)0000 メールアドレス：abc@xxxxxxxx.co.jp	
	週5日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から	キャリアコンサルタント登録証の写しを添付すること。
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有
	キャリアコンサルタント(国家資格)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ジョブ・カード作成アドバイザー証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
月又は週単位の勤務日数が明らかであるが、月の勤務曜日が決まっていない場合は、この例のように記入すること。	職名・氏名：事務 ○○ ○○	
	TEL：06(0000)0000 メールアドレス：abc@xxxxxxxx.co.jp	
	週3日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から 18時00分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルタント(国家資格)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	ジョブ・カード作成アドバイザー証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
「ジョブ・カード作成アドバイザー証」の写しを添付すること。	氏名：講師 ○○ ○○	
	TEL：06(0000)0000 メールアドレス：abc@xxxxxxxx.co.jp	
	月10日勤務(不定期)・勤務時間 9時30分から18時00分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有
	キャリアコンサルタント(国家資格)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ジョブ・カード作成アドバイザー証の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

(2) 就職支援実施体制

区 分	内 容	施設(学校)ごとの台数
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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (いつでも利用可能な台数 8台) <input type="checkbox"/> 無	
無料職業紹介事業許可(届出)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成18年10月1日 0000-0000000号) <input type="checkbox"/> 無	
有料職業紹介事業許可の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成20年10月1日 0000-0000000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 checked="" type="checkbox"/> 可 企業登録票または登録メールの写しを添付すること。	
面接指導の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
OSAKAしごとフィールドの活用	<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	