

令和4年度 大阪府障がい者委託訓練事業企画提案

様 式 記 載 例

令和3年10月

## 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

いずれか一つにチェック。複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。

住 所 大阪府中央区・・・  
機 関 (法人)名 株式会社△△△  
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

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 checked="" type="checkbox"/> 介護スキル養成コース	職場実習 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
	<input type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース	職場実習 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
2 訓練科目名	介護初任者養成研修研修(精神障がい者対象)(3か月)									
3 訓練実施施設名	△△スクール ○○校									
4 訓練時間・月数	総訓練時間: 300時間	訓練月数: 3か月 ※訓練月数は変更不可								
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 ※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】									
	手話通訳不要									
7 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
	介護スキル養成コース	■ (10人)								
	介護スキル養成コース						□ (10人)			
	ビジネススキル養成コース			□ (10人)						
8 定員 (開講最少人数) 年間実施人数	1回あたりの定員 10人 (5人)									
	※( )内は、開講可能な最少人数を記載すること ※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									
9 職業訓練実施経費	訓練実施委託費 <u>〇〇, 〇〇〇円</u>					職業能力講座実施委託費 <u>△, △△△円</u>				
	(※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									

**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(職場実習付き訓練)〕**

令和 年 月 日

大阪府知事様

いずれか一つにチェック。複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。

住 所 大阪市中央区・・・  
機 関(法人)名 株式会社△△△  
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

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。

<b>1 訓練区分</b> <small>※提案する訓練の□にチェック(✓、■)を記載すること</small>	<input type="checkbox"/> 介護スキル養成コース									
	<input type="checkbox"/> ITスキル養成コース									
	<input checked="" type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース									
<b>2 訓練科目名</b>	総務・経理事務実践科(4か月)									
<b>3 訓練実施施設名</b>	△△スクール ○○校									
<b>4 訓練時間・月数</b>	総訓練時間： 360時間					訓練月数： 4か月 <small>※訓練月数は変更不可</small>				
<b>5 弾力化後の月数</b>	か月 <small>※訓練期間を弾力化する場合のみ記載すること</small>									
<b>6 対象障がい者</b> <small>※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</small>	身体			知的		精神		その他		
	<small>上下肢・内部</small>	視覚	聴覚			○				
<b>【訓練受講者の障がい程度の条件】</b>										
<b>7 提案する訓練開講月(提案する開講月を選択すること)</b>	訓練区分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
	介護スキル養成コース					□ (10人)				
	ITスキル養成コース		□ (4人)							
ビジネススキル養成コース <span style="float: right;">■ (10人)</span>										
<b>8 定員(開講最少人数)年間実施人数</b>	<b>1回あたりの定員 10人 (5人)</b>  <small>※( )内は、開講可能な最少人数を記載すること ※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</small>									
<b>9 職業訓練実施経費</b>	座学訓練 <u>○○, ○○○円</u> 職場実習 <u>△△, △△△円</u> <small>(※様式第8-2号の「訓練実施委託費」の「合計」&lt;座学訓練&gt;と「合計」&lt;職場実習&gt;を記載すること)</small>					職業能力講座実施委託費 <u>□□, □□□円</u> <small>(※様式第8-2号の「職業能力講座実施委託費」の「合計」を記載すること)</small>				
<b>10 企画提案書添付書類</b>	別紙様式第2号から第9号及び任意様式のとおり									

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

いずれか一つにチェック。複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。

住 所 大阪府中央区・・・  
機 関 (法 人) 名 株式会社△△△  
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

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	■ITスキルアップコース								
	□ビジネススキルアップコース								
	□その他コース								
2 訓練科目名	プログラミング基礎科 (3か月)								
3 訓練実施施設名	△△スクール ○○校								
4 訓練時間・月数	総訓練時間：300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 ※対象とする障がい者に○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	訓練区分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	ITスキルアップコース	■ (3人)				■ (2人)			
	ビジネススキルアップコース				■ (3人)				■ (2人)
	その他コース		■ (3人)					■ (2人)	
7 定員 (開講最少人数) 年間実施人数	① 定員3人以内：1回あたりの定員3人(2人)					年間定員③ 5人 <u>(①+②)</u>			
	② 定員2人以内：1回あたりの定員2人(1人)								
※( )内は、開講最少人数を記載すること ※開講最少人数は、定員が3人以内の場合は2人、2人以内の場合は1人とする									
8 職業訓練実施経費	訓練実施委託費 <u>○○, 〇〇〇円</u> (※様式第8-3号の「訓練実施委託費」の「合計」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								

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書  
〔在職者訓練〕

令和 年 月 日

大阪府知事様

住 所 大阪市中央区・・・  
機 関（法人）名 株式会社△△△  
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

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。

<p>1 訓練区分及び対象障がい者</p> <p>※提案する訓練の□にチェック(✓、■)を記載すること。 ※種別選択型の場合は、提案する障がい種別をカッコ内に記載してください。</p>	<p>在職者訓練</p> <p><b>通所型コース</b> ■全種別型（身体〔視覚・聴覚除く〕、知的、精神、発達）</p> <p><b>指導員派遣型コース</b> □全種別型（身体〔視覚・聴覚除く〕、知的、精神、発達） □種別選択型（ ）</p> <p><b>通所型・指導員派遣型コース</b> □全種別型（身体〔視覚・聴覚除く〕、知的、精神、発達）</p> <p>【訓練受講者の障がい程度の条件】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>いずれか一つにチェック。 複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。</p> </div>
<p>2 訓練実施施設名</p>	<p>△△△スクール ○○校</p>
<p>3 訓練回数 (1年間につき)</p>	<p>40 回</p> <p>本訓練はオーダーメイド型で実施するため、実際の訓練時間は訓練受講者毎に異なります。</p>
<p>4 年間可能人数</p>	<p>年間可能人数 7 人</p>
<p>5 企画提案書添付書類</p>	<p>別紙様式第2号から第9号及び任意様式のとおり</p>

## 誓 約 書

「大阪府障がい者委託訓練事業企画提案公募要領」に規定する公募参加資格をすべて満たしていることを申告します。

必要な資格を満たしていないことが判明したときは、提案内容が失格となり、契約解除に伴う違約金の支払い、入札参加資格停止等の措置を受けても、異議を申し立てません。

大阪府知事 様

令和3年11月9日

住 所 大阪市中央区 . . . . .

機関（法人）名 株式会社 △△△

代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【訓練科目名：〇〇〇科（4か月）】

【機関（法人）名：株式会社△△△】

(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"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	科目名は正確に記すこと。必要な全ての様式に記すこと 特に（〇か月）（※「〇ヶ月」や「〇カ月」は不可）や、記載もれが多いので注意する。 以下の様式でも同様。	
代表者職・氏名	代表取締役		
機関（法人）所在地等	〒	TEL	FAX
設立年月日	職名があれば、必ず記入すること。以下(2)(3)も同様。	和	年 月 日

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	△△スクール ○○校			
訓練実施施設所在地等	〒□□□-□□□□ 大阪府中央区・・・・ TEL ▼▼ (■●●●) △△△△ FAX ▼▼ (■●●●) ○○○○			
訓練実施施設代表者職・氏名	校長 □□ □□			
従業員数		運営・管理部門	訓練指導担当部門	合計
	常勤	5人	10人	15人
	非常勤	5人	20人	25人

(3) 訓練実施運営体制

区分	内容	
訓練実施責任者 (大阪府との窓口)	職・氏名：校長 □□ □□	
	TEL：	FAX：
	メールアドレス：	
事務担当者 (受講者の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	職・氏名：課長 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：事務 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：	
	TEL：	メールアドレス：
苦情処理責任者	職・氏名：副校長 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
職業訓練サービスガイドライン研修の受講の実績	<input checked="" type="checkbox"/> 受講（受講年 令和〇年 修了者の修了証の写を添付）	

講師との兼務は不可。

受講済みの場合は修了証の写し、申込み中の場合は受講票と受講料の振込みが確認できるものの写しを添付すること。

(4) 選考試験実施体制

選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記 <input checked="" type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
選考試験実施責任者	職・氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEL ▼▼ (■■■■) △△△△
実施場所（教室）等	所在地：大阪府中央区・・・ 施設名：△△△スクール ○○校 A205教室 (面積20㎡、定員計10名)	
選考試験実施体制	1 選考会場（1面接会場）に2名以上の試験官（面接官）を配置できるか <input type="checkbox"/> 可 ※必須	
採点体制	2名以上で複数チェック <input type="checkbox"/> 可 ※必須	

選考試験会場は、添付書類の「訓練実施施設の平面図」に明記し、黄色のマーカーで示すこと。

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

最寄り駅	Osaka Metro 中央線 谷町四丁目駅（徒歩5分・距離 0.5 km） JR大阪環状線 森之宮駅（徒歩15分・距離 1.5 km）  ※ 最寄り駅が複数ある場合は、追記してください。
最寄り駅からの地図（略図）	<div data-bbox="670 1142 1117 1310" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>最寄り駅をすべて記載後、（※印）の一文を削除すること。</p> </div> <div data-bbox="670 1344 1260 1512" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>わかりやすい略図で示すこと。 著作権法に抵触しないように注意すること。 (グーグルマップ等の引用は不可。)</p> </div>

※訓練実施施設が複数ある場合は全て記載すること。枠内に記載しきれない場合は別紙に記入し添付すること。

(6) 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」登録申請書の有無 (有・無)
- ※機関（法人）の常用労働者数 (  43.5人未満 ・  43.5人以上 )



(7) 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
訓練実施施設の状況	建物の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独立施設 <input type="checkbox"/> 建物の一部		
	教室等の数	<input type="checkbox"/> 教室数 ( 2 室 ) <input type="checkbox"/> その他の室数 ( 6 室 )		
教室面積等  ※訓練生1人あたりの面積は、平均値が1.65㎡以上であっても、個々の教室のひとつでも1.65㎡未満であれば提案不可。	教室名	教室面積 ①	1回あたりの定員 ②	訓練生1人あたりの面積(①/②)
	A205教室	( 20 )㎡	10人	( 2 )㎡
	A207教室	( 30 )㎡	10人	( 3 )㎡
				( )㎡
				( )㎡
	縦計の平均値	( 25 )㎡	10人	( 2.5 )㎡
事務室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (教室と分離) ※必須			
就職相談室	<input checked="" 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) ※必須			
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (男女の入り口が別々であること) ※必須			
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) ※必須			
自習室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※ 訓練時間外に利用できる部屋であること (教室でも可) <input type="checkbox"/> 無			
談話室・休憩室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※ 訓練施設内に設置され、訓練生がいつでも利用可能な部屋等であること <input type="checkbox"/> 無			
安全衛生法上の措置	<input checked="" type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じている ※必須			

定期開講で訓練期間が重複する場合は、教室名の後ろに(〇〇月開始用)と入れること。

教室、事務室、就職相談室、トイレ、自習室及び談話室・休憩室(自習室及び談話室・休憩室は、ある場合は、添付書類の「訓練実施施設の平面図」にそれぞれの部屋及び設備の場所を明記し、黄色のマーカーで示すこと。

(e-ラーニング、在職者訓練(指導員派遣型コース)を除く)

【訓練科目名: 〇〇〇科(4か月)】【機関(法人)名: 株式会社△△】

## (8) パソコン設置状況(パソコンを必要とする科目のみ)

区 分	内 容
講師のパソコン画面の 確 認 方 法	※必須 ■ビデオプロジェクター □その他( )
訓 練 に 必 要 な パ ソ コ ン 設 備 状 況	※必須 ・訓練受講者用パソコン台数 <u>10台(予備も含む)</u> ・教室に配置されているプリンタ台数 <u>2台</u>
そ の 他 訓 練 に 必 要 な 設 備	※ある場合は必ず記載

## (9) ソフトウェア(パソコンを必要とする科目のみ)

区 分	ソフトの名称	バージョン	使用許諾 契約
使用するOSの名称 及びバージョン	Windows OS	Windows 10 Professional	■有 □不要※
使用ソフトの名称 (バージョン)	表計算ソフト Excel 2019	Microsoft Office Professional Plus 2019	■有 □不要※
	ワープロソフト Word 2019	Microsoft Office Professional Plus 2019	■有 □不要※
	プレゼンテーションソフト Power Point 2019	Microsoft Office Professional Plus 2019	■有 □不要※
	データベースソフト Access 2016	Microsoft Office Professional Plus 2019	■有 □不要※
	PDF 閲覧ソフト	Adobe Acrobat Reader DC 2016	■有 □不要※

※使用許諾契約の必要のないフリーソフトの場合は、「不要」にチェックしてください。

【訓練科目名：〇〇〇科(3か月)】

【機関(法人)名：株式会社△△△】

(7) 訓練実施施設概要

訓練実施施設名	△△スクール ○○校		
訓練実施施設所在地	〒□□□-□□□□ 大阪府中央区・・・・・・ TEL ▼▼ (■■■■) △△△△ FAX ▼▼ (■■■■) ○○○○		
	目項	汎用eラーニングコンテンツ	オリジナルeラーニングコンテンツ
コンテンツ等	製作又は販売会社名	〇〇ソフトウェア	
	製作年次又は改定年次	2019	
	画面学習サイズ (800×1024ピクセル)		
	説明用音声の有無	■有 □無	□有 □無
	説明用音声以外の音声の有無	□有 ■無	□有 □無
	動画による説明の有無	□有 ■無	□有 □無
	アニメーションによる説明の有無	■有 □無	□有 □無
	演習問題等の有無	■有 □無	□有 □無
LMS(学習管理システム)の概要	※必須(訓練履歴の記録や訓練の進捗状況の記録方法を記入) 〇〇製△△システム(LMS対応)により、訓練記録を管理している。 出席記録も同システムにより管理している。(詳細は別紙参照)		
電子掲示板	電子掲示板の有無	■有 □無	
	電子掲示板管理者の有無	■有 □無	
スクーリング	スクーリングの実施 ※必須 ・実施頻度(月1回 ) ・実施場所:名称(梅田センター ) 所在地(大阪府北区梅田・・・・ ) 最寄駅 Osaka Metro御堂筋線 梅田駅バス・徒歩5分 ・スクーリングが困難な訓練受講者に対する訪問指導 ■可 □不可		
スクーリングとは別の訪問指導	スクーリングとは別の訪問指導(スクーリングが困難な訓練受講者に対する訪問指導を除く) ■可(実施頻度:訓練期間中に月 回以上可能) □不可		
	□その他( ) ・実施内容( )		
個人認証(本人確認)方法	※必須		
訓練に必要なパソコン周辺機器の貸出し	■可(機器名: ) □不可		



就職支援体制

【訓練科目名：〇〇〇科（4か月）】

【機関（法人）名：株式会社△△△】

(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）

区分	内容
就職支援責任者	職・氏名：副校長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TEL： <input type="text"/> メールアドレス： <input type="text"/>
	週日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 9時15分から17時45分まで
	他の訓練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 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 <input type="checkbox"/> 取得予定（月頃）
就職支援担当者	職・氏名： <input type="text"/> 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
	TEL： <input type="text"/> <input type="text"/> 資格証の写しを添付すること
	週3日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 9時45分から17時00分まで
	他の訓練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 <input type="checkbox"/> 取得予定（月頃）
	職・氏名： <input type="text"/>
	TEL： <input type="text"/> <input type="text"/> メールアドレス： <input type="text"/>
	週日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 時 分から 時 分まで
	他の訓練施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
キャリアコンサルタント（国家資格）の有無 <input 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 取得予定（月頃）	

※取得予定（月頃）を記載できるのは、本年度の本事業を受託していない新規提案者または更新切れの者のみ

(2) 就職支援実施体制

区分	内容
求人情報検索用パソコン	知識・技能習得訓練（集合訓練・職場実習付き訓練） <input checked="" type="checkbox"/> 有（休憩時間等に利用可能な台数 4台） <input type="checkbox"/> 無
	e-ラーニング <input type="checkbox"/> 有（スクリーニング時に利用可能な台数 台） <input type="checkbox"/> 無
無料職業紹介事業許可（届出）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（令和 年 月 日 号） <input type="checkbox"/> 無 ※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： ）
有料職業紹介事業許可の有無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日 号） <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※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： ）
キャリアコンサルティングの実施	<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（企業・法人登録の状況、登録票の写添付）

訓練実施施設の台数を記載すること。

法人全体の台数ではない。

(3) 平成31年度・令和2年度に実施した障がい者委託訓練における就職実績

◆ 府主催の訓練実績及び他の訓練(基金訓練、求職者支援訓練、他府県の委託訓練)の就職率実績がある場合 ◆

【訓練科目名: ○○○科(4か月)  
【機関(法人)名: 株式会社△△△

	訓練科目名	訓練期間(契約期間)	受講者数	中退者 (未修了者含む)	うち中退就職者数 (未修了者含む) (ア)	修了者 (イ)	うち修了 就職者数 (ウ)	就職率 (自動計算)
(例)	パソコン事務科	令和2年6月1日 ~ 令和2年8月31日	30	5	3	25	15	64.3
平成31年度		該当する項目がない年度は、訓練科目名の欄に「該当なし」と記載する。 平成31、令和2年度のいずれにも該当しない場合は、様式第4-2号の提出不要。						-
令和2年度		~						-

自動計算のため、  
入力しないこと

※1 就職率 = ((ア) + (ウ)) ÷ ((ア) + (イ)) × 100  
※2 複数ある場合は、就職率の1番高い実績を記入すること。

### 就職支援計画

【訓練科目名： 〇〇〇科（4か月）】

【機関（法人）名： 株式会社△△△】

55%以上で任意に設定すること

#### (4) 就職支援計画

○訓練を受託した場合の就職率の達成目標を記入してください。

就職率（目標値） 80.0% 【H31実績 65.0%】 【R02実績 70.0%】

※実績は、提案する科目と同じ科目の府の訓練実績のみ記入すること。それ以外の訓練実績は「-」と記入する。

○上記の就職率（目標値）を達成するため、どのような支援等を行って訓練受講者を就職に結びつけようと考えているのか、具体的に記入してください。

なお、令和3年度と同じ訓練科目を提案する場合は、令和3年度に実施した支援の反省点等を踏まえた内容としてください。

※枠内に書き切れない場合は適宜行を増やすか、別紙に記入し添付してください。（A4用紙（両面）1枚以内）

#### ○別紙記載

##### ※提案内容を記載すること

- ・企画提案者が判別できる表現を避けること。  
例えば実施機関名等は記入不可
- ・別紙を作成する場合、この様式第4-3号には「別紙記載」等のみ記入し、別紙のみでA4両面1枚以内となるようにすること。

○訓練修了後の修了生に対する就職支援の内容について具体的に記入してください。

※枠内に書き切れない場合は適宜行を増やすか、別紙に記入し添付してください。（A4用紙（両面）1枚以内）

#### ○別紙記載

##### ※提案内容を記載すること

- ・企画提案者が判別できる表現を避けること
- ・別紙を作成する場合、この様式第4-3号には「別紙記載」等のみ記入し、別紙のみでA4両面1枚以内となるようにすること。

(3)平成31年度・令和2年度に実施した障がい者委託訓練の実施状況

◆ 府主催の訓練実績及び他の訓練(基金訓練、求職者支援訓練、他府県の委託訓練)の実施実績がある場合 ◆

【訓練科目名: 在職者訓練 指導員派遣型コース  
【機関(法人)名: 株式会社△△△

	訓練実施 都道府県名	訓練種別	訓練科目名 (在職者訓練は 通所or指導員派遣)	訓練期間(契約期間)	受講者数	※雇用継 続者数又 は就職者 数
(例)	〇〇県	<input checked="" type="checkbox"/> 在職者訓練 <input type="checkbox"/> 在職者訓練以外	通所型	令和2年6月1日 ~ 令和2年8月31日	15	15
平成31年度		<input type="checkbox"/> 在職者訓練 <input type="checkbox"/> 在職者訓練以外		該当する項目がない年度は、訓練実施都道府県名の 欄に「該当なし」と記載する。 ~		
令和2年度		<input type="checkbox"/> 在職者訓練 <input type="checkbox"/> 在職者訓練以外		~		

※ 在職者訓練を実施した場合は雇用継続者数を、在職者訓練以外は就職者数を記入。



## 雇用継続支援計画

【訓練科目名： 在職者訓練 指導員派遣型コース (種別選択型)】

【機関(法人)名： 株式会社△△△】

### (4) 就職支援計画

○訓練を受託した場合の修了後1か月の雇用継続率の達成目標を記入してください。

雇用継続率(目標値) 90.5 %

○上記の雇用継続率(目標値)を達成するため、どのような支援等を行って訓練受講者を雇用継続に結びつけようと考えているのか、具体的に記入してください。

※枠内に書き切れない場合は適宜行を増やすか、別紙に記入し添付してください。(A4用紙(両面)1枚以内)

#### ○別紙記載

##### ※提案内容を記載すること

- ・企画提案者が判別できる表現を避けること。  
例えば実施団体名は記入不可
- ・別紙を作成する場合、この様式第4-5号には「別紙記載」等のみ記入し、別紙のみでA4両面1枚以内となるようにすること。

○訓練修了後の修了生に対する雇用継続支援の内容について具体的に記入してください。

※枠内に書き切れない場合は適宜行を増やすか、別紙に記入し添付してください。(A4用紙(両面)1枚以内)

#### ○別紙記載

##### ※提案内容を記載すること

- ・企画提案者が判別できる表現を避けること
- ・別紙を作成する場合、この様式第4-5号には「別紙記載」等のみ記入し、別紙のみでA4両面1枚以内となるようにすること。

講師名簿

【訓練科目名： 〇〇科（4か月）】

【機関(法人)名： 株式会社△△△】

令和3年11月9日現在

講師の氏名	担当予定科目	常勤・ 非常勤 の別 注1)	担当科目 経験年数	資格・免許等 注2)	備考 注3)
〇〇 〇〇	ビジネスマナー コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	20年	サービス管理責任者 教諭免許	
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			

カリキュラム（様式第7-1号から7-5号）の科目ごとに記載すること。

注1) 常勤・非常勤の別に○印を記入すること。  
 注2) 担当予定科目に関する国家資格、公的資格等及び教諭免許（職業訓練指導員免許を含む。）について記入すること。  
 注3) 講師について特記事項がある場合は備考欄に記入すること。

## 使用教材一覧表

【訓練科目名： 〇〇〇科（4か月）】

【機関(法人)名： 株式会社△△△】

## (1) テキスト・参考書等

教材名	出版社名	価格 (10%税込額)	使用科目(分野)	備考
ビジネスコミュニケーションの基礎	自社製作	〇,〇〇〇円	ビジネスマナー、コミュニケーション力	
VDT作業従事者テキスト	△△△△協会	〇〇〇円	体調管理、労働安全衛生	
Word & Excel 基礎テキスト	株式会社◇◇◇出版	〇〇〇円	ワード基礎、エクセル基礎	
パワーポイント&ホームページ基礎		〇円	パワーポイント基礎 ホームページ作成基礎	
ワード&エクセル応用		〇円	ワード応用、エクセル応用	
パワーポイント&ホームページ応用		〇円	パワーポイント応用 ホームページ作成応用	
ワード&エクセル問題集	××検定協会	〇,〇〇〇円	ワード演習 エクセル演習	
合計金額(税込額)			〇,〇〇〇円	

教材名は正確に記載すること。  
また、テキストの表紙・裏表紙  
等の写し(表題、価格(税込)、  
出版社名等が判読可能なもの)  
を添付すること。

※ オリジナル教材(レジュメ)等価格の明らかなでないものに関しては、ページ数を備考欄に記載の  
うえ、表紙の教材名をコピーし「価格表示なし」と記載して添付すること。

## (2) その他

教材名	価格 (10%税込額)	使用科目(分野)	備考
USB	〇,〇〇〇円	Word演習	
合計金額(税込額)		〇,〇〇〇円	

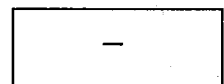
総合計	〇,〇〇〇円
うち受講生負担額	〇,〇〇〇円 ※上限額1万円

※受講生の負担額の上限は1万円とし、1万円を超える場合は、受託者が負担するものとする。

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名		訓練区分	<input checked="" type="checkbox"/> 介護スキル養成コース <input type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース						
訓練期間(年間定員)	3か月 ( 名)								
対象障がい種別	身体(上下肢及び内部・視覚・聴覚)・知的 いずれか一つにチェック。複数提案する場合は個別に作成。								
訓練受講者の条件									
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入								
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入								
	科目	科目の内容	時間						
訓練内容	講職 業能 座力								
		※12時間以上設定すること	職業能力講座については____日間で実施						
	学 科	安全衛生		3					
	実 技								
	就 職 支 援								
		※18時間以上設定すること							
	職 場 実 習								
		※1月(60時間)未満の職場実習を実施できるものとする。							
	訓練時間総合計			時間					
職業能力講座	時間	学 科	時間	実 技	時間	就職支援	時間	職場実習	時間
訓練休講曜日		原則として 土・日・祝日							

※A4版片面1枚に収めること



障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名		訓練区分	<input type="checkbox"/> 介護スキル養成コース <input checked="" type="checkbox"/> ITスキル養成コース <input type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース				
訓練期間(年間定員)	4か月(名)						
対象障がい種別	身体(上下肢及び内部・視覚・聴覚)・知的・精神・その他( ) いずれか一つにチェック。複数提案する場合は個別に作成。						
訓練受講者の条件							
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入						
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入						
	科目	科目の内容	時間				
訓練内容	職業能力講座						
		12時間以上設定すること	職業能力講座については__日間で実施				
	専門科目	安全衛生		3			
	就職支援						
		※24時間以上設定すること					
集合訓練(専門科目・就職支援)については__か月で実施							
職場実習							
	※60時間以上設定すること		職場実習については1か月で実施				
訓練時間総合計			時間				
職業能力講座	時間	専門科目	時間	就職支援	時間	職場実習	時間
訓練休講曜日		原則として 土・日・祝日					

※A4版片面1枚に収めること

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名		訓練区分	<input type="checkbox"/> ITスキルアップコース <input type="checkbox"/> ビジネススキルアップコース <input checked="" type="checkbox"/> その他コース	
訓練期間(年間定員)	3か月 ( 名)			
対象障がい種別	身体(上下肢及び内部・視覚・聴覚)・知的・精神・その他( )		いずれか一つにチェック。複数提案する場合は個別に作成。	
訓練受講者の条件				
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入			
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入			
	科目	科目の内容		時間
訓練内容	コンテンツを含む 訓練項目	安全衛生		3
	その他			
	就職支援			
	※18時間以上設定すること			
訓練時間総合計				時間
コンテンツを含む 訓練項目	時間	その他	時間	就職支援 時間
訓練休講曜日	原則として 土・日・祝日			

※A4版片面1枚に収めること

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練区分	<input type="checkbox"/> 通所型コース（全種別型） <input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース（全種別型） <input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース（種別選択型） <input type="checkbox"/> 通所型・指導員派遣型コース（全種別型）		
訓練期間 (年間最大定員)	か月（名）		
対象障がい種別 ※種別選択型の場合のみ、 対象とする障がいに○を すること	身体（視覚・聴覚を除く）・知的・精神・その他（ ）		
訓練受講者の条件			
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入		
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入		
訓練内容	科目	科目の内容	時間
		本訓練は訓練生1人1人に応じたオーダー制であるが、本様式に記入するカリキュラムは、訓練時間の範囲内で提供可能なカリキュラムを記入する。よって総訓練時間数は12時間～160時間までのいずれかとなる。	
		訓練時間 合計	時間
		(うち訓練受講者毎にオーダーメイドで選択)	
訓練休講曜日	原則として 土・日・祝日		

※A4版片面1枚に収めること

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。)

・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)



## 大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (知識・技能習得訓練(集合訓練))

【訓練区分名： 介護スキル養成    ビジネススキル養成】

【訓練科目名：       〇〇〇科(3か月)      】

【年間定員 10人】    【訓練月数 3か月】    【職業能力講座実施日数 4日間】

### 〔訓練実施委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	1,260,000円	4,200円×300時間
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	360,000円 60,000円 15,000円	120,000円×3か月(教室借上料) 20,000円×3か月(PCリース代) 5,000円×3か月(光熱水費)
そ の 他	100,000円	通信費・印刷費・諸経費
合 計	1,795,000円	
1人1月あたりの 経費(A)	59,833円	(合計) / (年間定員×3月)
消 費 税 (B)	5,983円	(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)	65,816円	上限月額66,000円(税込)

### 〔職業能力講座実施委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	72,000円	18,000円×4日
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他	8,000円	200円×10人×4日(諸経費)
合 計	80,000円	
1人1日あたりの 経費(C)	2,000円	(合計) / (年間定員×実施日数)
消 費 税 (D)	200円	(C) × 10 / 100
合 計 (C+D)	2,200円	上限日額2,200円(税込)

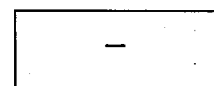
訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和 年 月 日

住 所

機関(法人) 名

代表者職・氏名



(知識・技能習得訓練(職場実習付き訓練)のみ)

## 大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (知識・技能習得訓練(職場実習付き訓練))

【訓練区分：介護スキル養成 ITスキル養成

■ビジネススキル養成】

【訓練科目名：           〇〇〇科(4か月)          】

【年間定員 10人】 【訓練月数 4か月】 【職業能力講座実施日数 4日間】

〔訓練実施委託費〕＜座学訓練＞

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	1,260,000円	4,200円×300時間
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	360,000円 60,000円 15,000円	120,000円×3か月(教室借上料) 20,000円×3か月(PCリース代) 5,000円×3か月(光熱水費)
そ の 他	100,000円	通信費・印刷費・諸経費
合 計	1,795,000	
1人1月あたりの経費(A)	59,833円	(合計) / (年間定員×3月)
消 費 税 (B)	5,983円	(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)	65,816円	上限月額66,000円(税込)

〔訓練実施委託費〕＜職場実習＞

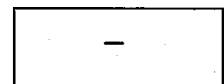
項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	700,000円	70,000円×10人
実 習 費	150,000円	1,500円×10人×10日
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他	50,000円	5,000円×10人(事務費、雑費)
合 計	900,000円	
1人1月あたりの経費(C)	90,000円	(合計) / (年間定員×1月)
消 費 税 (D)	9,000円	(C) × 10 / 100
合 計 (C+D)	99,000円	上限額99,000円

〔職業能力講座実施委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	40,000円	10,000円×4日
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他		
合 計	40,000円	
1人1日あたりの経費(E)	2,000円	(合計) / (年間定員×実施日数)
消 費 税 (F)	200円	(E) × 10 / 100
合 計 (E+F)	2,200円	上限日額2,200円(税込)

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和 年 月 日

住 所  
機関(法人) 名  
代表者職・氏名

## 大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (e-ラーニング)

【訓練区分：■ITスキルアップ □ビジネススキルアップ  
□その他】

【訓練科目名：       〇〇〇科      】

【年間定員 5人】 【訓練月数 3か月】

### 〔訓練実施委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	360,000 円	1,200 円×300 時間
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	120,000 円	40,000 円×3 か月
そ の 他	240,000 円 180,000 円	80,000×3 か月 (コンテンツ使用料) 60,000×3 か月 (事務経費)
合 計	900,000 円	
1人1月あたりの 経費 (A)	60,000 円	(合計) / (年間定員×3月)
消 費 税 (B)	6,000 円	(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)	66,000 円	上限月額 66,000 円 (税込)

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和 年 月 日

住 所

機関(法人) 名

代表者職・氏名

障がい者の雇用状況についての報告書

令和3年11月9日

大阪府知事様

住 所 大阪市中央区・・・

機関（法人）名 株式会社△△△

代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

障がい者の雇用の状況について下記のとおり報告します。

常用労働者の総数 ①	常用雇用障がい者数 の総数 ②	障がい者雇用率 ③ (②÷①×100)	備 考
40	5	12.50	

令和3年6月1日現在

(注)

- この報告書は、障がい者雇用の有無に関わらず、「障害者の雇用の促進等に関する法律」第43条第7項の規定による、障がい者の雇用状況報告義務のある事業主以外の事業主※について、全て提出していただくものです。

(※常用労働者の総数が43.5名未満の事業主)

- ③の障がい者雇用率(%)は小数点第2位まで(第3位を四捨五入)とします。