

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"/> 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 type="checkbox"/> その他コース									
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	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 人 (人)					年間定員③ 人 <u>(①+②)</u>				
	②定員2人以内：1回あたりの定員 人 (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 _____ 円 (※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									