

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 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・精神・その他()							
訓練受講者の条件									
訓練目標									
仕上がり像									
		科目	科目の内容			時間			
訓練内容	職業能力								
		※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