

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 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()				
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	訓 練 項 目 を 含 む	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