

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

印

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(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
	ITスキルアップ コース	<input type="checkbox"/> (3人)				<input type="checkbox"/> (2人)			
	ビジネススキル アップコース				<input type="checkbox"/> (3人)				<input type="checkbox"/> (2人)
	その他コース		<input type="checkbox"/> (3人)					<input type="checkbox"/> (2人)	
7 定員(開講最少人数) 年間実施人数 ※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	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									
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								