

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
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 訓練区分及び対象障がい者 ※提案する訓練の口にチェック(✓、■)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。	在職者訓練	
	通所型コース <input type="checkbox"/> 全種別型(身体[視覚・聴覚除く]、知的、精神、発達) <input type="checkbox"/> 種別選択型() 指導員派遣型コース <input type="checkbox"/> 全種別型(身体[視覚・聴覚除く]、知的、精神、発達) <input type="checkbox"/> 種別選択型() 通所型・指導員派遣型コース <input type="checkbox"/> 全種別型(身体[視覚・聴覚除く]、知的、精神、発達) <input type="checkbox"/> 種別選択型() 【訓練受講者の障がい程度の条件】	
2 訓練実施施設名		
3 訓練回数 (1年間につき)	回	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。
4 年間可能人数	年間可能人数 人	
5 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	