

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書
〔知識・技能習得訓練(集合訓練)〕

令和 年 月 日

大阪府知事様

住 所
機 関 (法 人) 名
代 表 者 職 ・ 氏 名

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 ※提案する訓練の□に チェック(✓、■) を記載すること | <input type="checkbox"/> 介護スキル養成コース | | 職場実習 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 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 弾力化後の月数 | か月 ※訓練期間を弾力化する場合のみ記載すること | | | | | | | | | |
| 6 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】 | | | | | | | | | |
| 7 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 | 1月 |
| | 介護スキル 養成コース | | | | | <input type="checkbox"/> (10人) | | | | |
| 8 定員 (開講最少人数) 年間定員 | 1回当たりの定員 人 (人) ※()内は、1回当たりの開講可能な最少人数を記載すること ※開講最少人数は1回当たり定員の5割以下の数を記載すること 年間定員 人 | | | | | | | | | |
| 9 職業訓練実施経 費 | 訓練委託費 円 ※様式第8-1号の「訓練委託費」の「合計(A+B)」を記載すること 職業能力講座委託費 円 ※様式第8-1号の「職業能力講座委託費」の「合計(C+D)」を記載すること 職場実習委託費 円 ※様式第8-1号の「職場実習委託費」の「合計(E+F)」を記載すること | | | | | | | | | |
| 10 障がい者向け 訓練支援機器賃 貸借費 | 利用予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |
| 11 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 | | | | | | | | | |