

大阪府障がい者委託訓練事業企画採
【知識・技能習得訓練(集合訓練)】

予約をした受付日

令和6年11月8日

大阪府知事様

住 所 大阪府中央区・・・
機 関(法人)名 株式会社△△△
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

チェックを記載。

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	■介護スキル養成コース		職場実習 ■有 □無							
2 訓練科目名	介護職員初任者養成研修科(精神障がい者対象)(3か月)									
3 訓練実施施設名	△△スクール ○○校									
4 訓練時間・月数	総訓練時間: 300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】 手話通訳不要										
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					■ (10人)				
8 定員 (開講最少人数) 年間定員	1回あたりの定員 10人 (5人) ※()内は、1回あ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回あたり定員の5割以下の数を記載すること 年間定員 20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 借費	利用予定 ■有 □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									

大阪府障がい者委託訓練事業企画提

〔知識・技能習得訓練(職場実習付き訓練)〕

予約をした受付日

令和6年11月8日

大阪府知事様

住所 大阪府中央区・・・

機関(法人)名 株式会社△△△

代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

いずれか一つにチェック。複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。

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 <input checked="" type="checkbox"/> パソコン・Webデザインスキル養成コース <input type="checkbox"/> ITスキル養成コース								
2 訓練科目名	パソコン・Webデザイン実践科(4か月)								
3 訓練実施施設名	△△スクール ○○校								
4 訓練時間・月数	総訓練時間: 360時間					訓練月数: 4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 ※対象とする障がい者に○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
	介護スキル養成コース			<input type="checkbox"/> (10人)					
	パソコン・Webデザインスキル養成コース				<input checked="" type="checkbox"/> (10人)				
	ITスキル養成コース	随時開講							
8 定員 (開講最少人数) 年間定員	1回あたりの定員 10人(5人) ※()内は、1回あ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回あたりの定員が3人以上の場合は5割以下の人数を、2人以内の場合は1人以上の人数を記載すること 年間定員 10人								
9 職業訓練実施経費	訓練委託費(座学訓練) <u>○○, ○○○円</u> ※様式第8—2号の「訓練委託費<座学訓練>」の「合計(A+B)」を記載すること 訓練委託費(職場実習) <u>△, △△△円</u> ※様式第8—2号の「訓練委託費<職場実習>」の「合計(C+D)」を記載すること 職業能力講座委託費 <u>□□, □□□円</u> ※様式第8—2号の「職業能力講座委託費」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貸借費	利用予定 <input checked="" 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								

大阪府障がい者委託訓練事業企画
【e-ラーニング】

予約をした受付日

令和6年11月8日

大阪府知事様

いずれか一つにチェック。複数提案する場合はコース毎に提案書を作成。

住所 大阪府中央区・・・
機関(法人)名 株式会社△△△
代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

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 ※提案する訓練の口に チェック(✓、■) を記載すること	■ビジネススキル養成コース									
	□自由提案コース									
2 訓練科目名	オフィスワーク基礎科									
3 訓練実施施設名	△△スクール ○○校									
4 訓練時間・月数	総訓練時間：300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	1月
	ビジネススキル 養成コース		■ (3人)			■ (3人)			■ (3人)	
	自由提案コース	□ (3人)								□ (3人)
7 定員 (開講最少人数) 年間定員	1回あたりの定員 3人(2人) ※()内は、1回あたりの開講最少人数を記載すること ※開講最少人数は、定員が3人の場合は2人以上、2人以内の場合は1人以上とする 年間定員 9人									
8 職業訓練実施 経費	訓練委託費 <u>〇〇, 〇〇〇円</u> ※様式第8-3号の「訓練委託費」の「合計(A+B)」を記載すること									
9 障がい者向け 訓練支援機器賃 借費	利用予定 ■有 □無									
10 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									

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書
〔在職者訓練〕

予約をした受付日

令和6年11月8日

大阪府知事様

住所 大阪府大阪市中央区・・・
機関(法人)名 株式会社△△△

氏名 代表取締役 □□ □□

いずれか一つにチェック。
複数提案する場合はコース
毎に提案書を作成。

大阪府が委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□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 ■全種別型(身体[視覚・聴覚除く]、知的、精神、発達) 指導員派遣型コース □種別選択型() 通所型・指導員派遣型コース □全種別型(身体[視覚・聴覚除く]、知的、精神、発達) 【訓練受講者の障がい程度の条件】	
2 訓練実施施設名	△△△スクール ○○校	
3 訓練回数 (1年間につき)	12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 12人	
5 障がい者向け訓練支援機器貸借費	利用予定	■有 □無
6 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	

誓 約 書

「大阪府障がい者委託訓練事業企画提案公募要領」に規定する公募参加資格をすべて満たしていることを申告します。

必要な資格を満たしていないことが判明したときは、提案内容が失格となり、契約解除に伴う違約金の支払い、入札参加資格停止等の措置を受けても、異議を申し立てません。

大阪府知事 様

予約をした受付日

令和6年11月8日

住 所 大阪市中央区

機関（法人）名 株式会社 △△△

代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【訓練科目名：○○○科（4か月）】

【機関（法人）名：株式会社△△△】

(1) 機関（法人）の概要

機関(法人)名	株式会社△△△		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> その他（	科目名は正確に記すこと。必要な全ての様式に記すこと 特に（○か月）（※「○ヶ月」や「○カ月」は不可）や、記載もれが多いので注意する。 以下の様式でも同様。	
代表者職・氏名	代表取締役 ○		
機関(法人)所在地等	〒		
TEL	() () () () () ()	FAX	() () () () () ()
設立年月日	年	月	日

職名があれば、必ず記入すること。以下(2)(3)も同様。

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	△△スクール ○○校			
訓練実施施設所在地等	〒□□□-□□□□ 大阪府中央区・・・・			
TEL	▼▼ (■■■■)	△△△△	FAX	▼▼ (■■■■) ○○○○
訓練実施施設代表者職・氏名	校長 □□ □□			
従業員数		運営・管理部門	訓練指導担当部門	合計
	常勤	5人	10人	15人
	非常勤	5人	20人	25人

(3) 訓練実施運営体制

区分	内 容	
訓練実施責任者	職・氏名：校長 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
事務担当者 （受講者の手続き、問い合わせ等に対応する窓口） 講師との兼務は不可。	職・氏名：課長 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：事務 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
	職・氏名：事務 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：
苦情処理責任者	職・氏名：副校長 □□ □□	
	TEL：	メールアドレス：

職業訓練サービスガイドライン研修の受講の実績 受講（受講年 年 修了者の修了証の写を添付）

ISO29993及びISO21001の取 取（受講者修了証を添付）

受講済みの場合は修了証の写し、申込み中の場合は受講票と受講料の振込みが確認できるものの写しを添付すること。

様式第3-2号【障】

【訓練科目名：〇〇科（4か月）】

【機関(法人)名：株式会社△△△】

(4) 選考試験実施体制

選考方法	<input type="checkbox"/> 筆記 <input checked="" type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
選考試験実施責任者	職・氏名 課長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEL ▼▼ (■■■■) △△△△
実施場所(教室)等	所在地：大阪府中央区・・・ 施設名：△△△スクール ○○校 A205教室 (面積20㎡、定員計10名)	
選考体制	1 選考会場（1面検査） <input checked="" type="checkbox"/> 可 選考試験会場は、添付書類の「訓練実施施設の平面図」に明記し、黄色のマーカーで示すこと。	
採点体制	2名以上で複数チェックできるか <input checked="" type="checkbox"/> 可 ※必須	

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

最寄り駅	Osaka Metro 中央線 谷町四丁目駅（徒歩5分・距離 0.5km） JR大阪環状線 森之宮駅（徒歩15分・距離 1.5km） ※ 最寄り駅が複数ある場合は、追記してください。
最寄り駅からの地図（略図）	最寄り駅をすべて記載後、（※印）の一文を削除すること。 わかりやすい略図で示すこと。 著作権法に抵触しないように注意すること。 (Googleマップ等の引用は不可。)

※訓練実施施設が複数ある場合は全て記載すること。
枠内に記載しきれない場合は別紙に記入し添付すること。

(6) 府施策への協力について

- 公正採用選考人権啓発推進員の選任の有無 (有 ・ 無)
- 大阪企業人権協議会の加入の有無 (有 ・ 無)
- おおさか人材雇用開発人権センター【C-STEP】の加入の有無 (有 ・ 無)
- 「大阪府障がい者サポートカンパニー」又は「大阪府障がい者サポートカンパニー 優良企業」登録申請書の有無 (有 ・ 無)
- ※機関(法人)の常用労働者数 (40.0人未満 ・ 40.0人以上)

(7) 訓練実施施設概要

区 分	内 容			
建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 所有 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸 (用途・使用目的等に教室利用が記載されているか。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
訓練実施施設の状況	建物の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独立施設 <input type="checkbox"/> 建物の一部		
	教室等の数	<input type="checkbox"/> 教室数 (2 室) <input type="checkbox"/> その他の室数 (6 室)		
教室面積等 ※訓練生1人あたりの面積は、平均値が1.65㎡以上であっても、個々の教室のひとつでも1.65㎡未満であれば提案不可。	教室名	教室面積 ①	1回あたりの定員 ②	訓練生1人あたりの面積 (①/②)
	A205教室	(20) ㎡	10人	(2) ㎡
	A207教室	(30) ㎡	10人	(3) ㎡
	縦計の平均値	(25) ㎡	10人	(2.5) ㎡
事務室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (教室と分離) ※必須			
就職相談室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (教室・事務室と別々の部屋であり、プライバシーが確保されている) ※必須			
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (男女の入り口が別々であること) ※必須			
空調・冷暖房	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (訓練実施に適した環境に設定できること) ※必須			
自習室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※ 訓練時間外に利用できる部屋であること (教室でも可) <input type="checkbox"/> 無			
談話室・休憩室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※ 訓練施設内に設置され、訓練生がいつでも利用可能な部屋等であること <input type="checkbox"/> 無			
安全衛生法上の措置	<input checked="" type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じている ※必須			

教室、事務室、就職相談室、トイレ、自習室及び談話室・休憩室 (自習室及び談話室・休憩室は、ある場合は、添付書類の「訓練実施施設の平面図」にそれぞれの部屋及び設備の区分を明記し、黄色のマーカーで示すこと。

【訓練科目名：〇〇〇科(3か月)】

【機関(法人)名：株式会社△△△】

(7) 訓練実施施設概要

訓練実施施設名	△△スクール ○○校		
訓練実施施設所在地	〒□□□-□□□□ 大阪府中央区・・・・ TEL ▼▼ (■■■■) △△△△ FAX ▼▼ (■■■■) ○○○○		
目項	汎用eラーニングコンテンツ	オリジナルeラーニングコンテンツ	
コンテンツ等	製作又は販売会社名	〇〇ソフトウェア	
	製作年次又は改定年次	2021	
	画面学習サイズ (800×1024ピクセル)		
	説明用音声の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	説明用音声以外の音声の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	動画による説明の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	アニメーションによる説明の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
演習問題等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
LMS(学習管理システム)の概要	<p>※必須(訓練履歴の記録や訓練の進捗状況の記録方法を記入)</p> <p>〇〇製△△システム(LMS対応)により、訓練記録を管理している。 出席記録も同システムにより管理している。(詳細は別紙参照)</p>		
電子掲示板	電子掲示板の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	電子掲示板管理者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
スクーリング	<p>スクーリングの実施 ※必須</p> <p>・実施頻度(月1回)</p> <p>・実施場所:名称(梅田センター) 所在地(大阪府北区梅田・・・・) 最寄駅 Osaka Metro御堂筋線 梅田駅バス・徒歩5分</p> <p>・スクーリングが困難な訓練受講者に対する訪問指導 <input checked="" type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</p>		
スクーリングとは別の訪問指導	<p>スクーリングとは別の訪問指導(スクーリングが困難な訓練受講者に対する訪問指導を除く)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>可(実施頻度:訓練期間中に月 回以上可能) <input type="checkbox"/>不可</p>		
	<p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>・実施内容()</p>		
個人認証(本人確認)方法	※必須		
訓練に必要なパソコン周辺機器の貸出し	<input checked="" type="checkbox"/> 可(機器名:) <input type="checkbox"/> 不可		

就職支援体制

【訓練科目名：〇〇〇科（4か月）】

【機関(法人)名：株式会社△△△】

(1) 就職支援実施担当者（提案訓練施設での勤務状況及び就職支援資格の有無）

区 分	内 容
就職支援責任者	職・氏名：副校長 □□ □□
	TEL： _____ メールアドレス： _____
	週5日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 9時 _____
	他の訓練施設との兼務の有無 □有 ■無
	キャリアコンサルタント登録証の有無 ■有 □無
キャリアコンサルティング技能士（1級又は2級）合格証書の有無 □有 ■無	
就職支援担当者	職・氏名： _____
	TEL： _____ メールアドレス： _____
	週3日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 9時45分から 17時00分まで
	他の訓練施設との兼務の有無 □有 ■無
	キャリアコンサルタント登録証の有無 □有 ■無
	キャリアコンサルティング技能士（1級又は2級）合格証書の有無 □有 ■無
	職・氏名： _____
	TEL： _____ メールアドレス： _____
	週 _____ 日勤務（月・火・水・木・金）・勤務時間 _____ 時 _____ 分から _____ 時 _____ 分まで
	他の訓練施設との兼務の有無 □有 □無
キャリアコンサルタント登録証の有無 □有 □無	
キャリアコンサルティング技能士（1級又は2級）合格証書の有無 □有 □無	

(2) 就職支援実施体制

訓練実施施設の台数を記載すること。
法人全体の台数ではない。

求人情報検索用パソコン	知識・技能習得訓練（集合訓練・職場実習付訓練） ■有（休憩時間等に利用可能な台数 _____ 4台） □無 e-ラーニング □有（スクーリング時に利用可能な台数 _____ 台） □無
無料職業紹介事業許可（届出）の有無	■有（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 号） □無 ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る □職業紹介の許可を受けたグループ会社による職業紹介が可能 （会社名： _____）
有料職業紹介事業許可の有無	□有（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 号） ■無 ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る □職業紹介の許可を受けたグループ会社による職業紹介が可能 （会社名： _____）
キャリアコンサルティングの実施	■可 □不可
OSAKA しごとフィールドの活用	■登録済 □未登録（企業・法人登録の状況、登録票の写添付）

就職支援計画

【訓練科目名：〇〇〇科（4か月）】

【機関(法人)名：株式会社△△△】

55%以上で任意に設定すること

(4) 就職支援計画

1. 訓練を受託した場合の就職率の達成目標を記入してください。

就職率（目標値） 80.0% 【令和4年度実績 65.0%】【令和5年度実績 70.0%】

※実績は、提案する科目と同じ科目の府の訓練実績のみ記入すること。それ以外の訓練実績は「-」と記入する。

2. 上記の就職率(目標値)を達成するため、どのような支援等を行って訓練受講者を就職に結びつけようと考えているのか、具体的に記入してください。

なお、令和4年度又は令和5年度に同じ訓練科目で就職支援の実績がある場合は、直近実施年度の実施結果を踏まえた内容としてください。

○別紙記載

3. 訓練修了後の修了生に対する就職支援の内容について具体的に記入してください。

○別紙記載

※提案内容を記載すること

- ・企画提案者が判別できる表現を避けること。
例えば実施機関名等は記入不可
- ・別紙を作成する場合、この様式第4-3号には、「2」「3」いずれも「別紙記載」等のみ記入し、「2」「3」合わせて別紙のみでA4用紙（両面）2枚（4ページ）以内となるようにすること。

・枠内に書ききれない場合は、別紙に記入し添付すること（A4用紙（両面）2枚以内）。

雇用継続支援計画

【訓練科目名： 在職者訓練 指導員派遣型コース（種別選択型）】

【機関(法人)名： 株式会社△△△】

(4) 就職支援計画

1. 訓練を受託した場合の修了後1か月の雇用継続率の達成目標を記入してください。 雇用継続率(目標値) _____ 100%
2. 上記の雇用継続率(目標値)を達成するため、どのような支援等を行って訓練受講者を雇用継続に結びつけようと考えているのか、具体的に記入してください。
○別紙記載
3. 訓練修了後の修了生に対する雇用継続支援の内容について具体的に記入してください。
○別紙記載
<p>※提案内容を記載すること</p> <ul style="list-style-type: none">・企画提案者が判別できる表現を避けること。 例えば実施機関名等は記入不可・別紙を作成する場合、この様式第4-5号には、「2」「3」いずれも「別紙記載」等のみ記入し、「2」「3」合わせて別紙のみでA4用紙(両面)2枚以内となるようにすること。

・枠内に書ききれない場合は、別紙に記入し添付すること(A4用紙(両面)2枚以内)。

講師名簿

【訓練科目名： ○○○科（4か月）】【機関(法人)名： 株式会社△△△】

令和6年11月8日現在

講師の氏名	担当予定科目	常勤・ 非常勤 の別 注1)	担当科目 経験年数	資格・免許等 注2)	備考 注3)
○○ ○○	ビジネスマナー コミュニケーション	常 勤 非常勤	20年	サービス管理責任者 教諭免許	
		常 勤			
カリキュラム（様式第7-1号から7-4号まで） の科目ごとに記載すること。					
		非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			
		常 勤 非常勤			

注1) 常勤・非常勤の別に○印を記入すること。

注2) 担当予定科目に関する国家資格、公的資格等及び教諭免許（職業訓練指導員免許を含む。）について記入すること。

注3) 講師について特記事項がある場合は備考欄に記入すること。

使用教材一覧表

【訓練科目名： ○○○科（4か月）】

【機関(法人)名： 株式会社△△△】

(1) テキスト・参考書等

教材名	出版社名	価格 (税込額)	使用科目(分野)	備考
ビジネスコミュニケーションの基礎	自社製作	0,000円	ビジネスナー、コミュニケーションカ	
VDT作業従事者テキスト	△△△△協会	000円	体調管理、労働安全衛生	
Word & Excel 基礎テキスト	◇◇◇◇出版	000円	ワード基礎、エクセル基礎	
パワーポイント&ホームページ基礎			パワーポイント基礎 ホームページ作成基礎	
ワード&エクセル応用			ワード応用、エクセル応用	
パワーポイント&ホームページ応			パワーポイント応用 ホームページ作成応用	
ワード&エクセル問題集	××検定協会	0,000円	ワード演習 エクセル演習	
合計金額(税込額)			円	

教材名は正確に記載すること。
また、テキストの表紙・裏表紙等の写し(表題、価格(税込)、出版社名等が判読可能なもの)を添付すること。

※ オリジナル教材(レジュメ)等価格の明らかなでないものに関しては、ページ数を備考欄に記載のうえ、表紙の教材名と目次をコピーし「価格表示なし」と記載して添付すること。

(2) その他

教材名	価格 (税込額)	使用科目(分野)	備考
合計金額(税込額)		円	

総合計	円
うち受講生負担額	円 ※上限額1万円

※受講生の負担額の上限額は1万円とし、上限額を超える金額は、受託者が負担するものとする。

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名				訓練区分	介護スキル養成コース
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		訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入			
仕上がり像		どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入			
		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

(知識・技能習得訓練（職場実習付き訓練）のみ）

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名			訓練区分	■介護スキル養成コース □パソコン・Webデザイン スキル 養成コース			
訓練期間(年間定員)	4か月 (名)			いずれか一つにチェック。 複数提案する場合は個別に作成。			
対象障がい種別	身体（上下肢及び内部・視覚・聴覚）・知的						
訓練受講者の条件							
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入						
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入						
	科目	科目の内容		時間			
訓練内容	職業能力講座						
		※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			
	専門科目	安全衛生			3		
	就職支援						
		※24時間以上設定すること					
	集合訓練（専門科目・就職支援）については____か月で実施						
職場実習							
	※60時間以上設定すること		職場実習については1か月で実施				
訓練時間総合計				時間			
職業能力講座	時間	専門科目	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

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名		訓練区分	<input checked="" type="checkbox"/> ビジネススキル養成コース <input type="checkbox"/> 自由提案コース	
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		いずれか一つにチェック。 複数提案する場合は個別に作成。
訓練受講者の条件				
訓練目標		訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入		
仕上がり像		どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入		
		科目	科目の内容	時間
訓練内容	コンテンツを含む 訓練項目	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

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練区分	<input checked="" type="checkbox"/> 通所型コース（全種別型） <input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース（種別選択型） <input type="checkbox"/> 通所型・指導員派遣型コース（全種別型）		
訓練期間 (年間最大定員)	か月 (名)		
対象障がい種別 ※種別選択型の場合のみ、 対象とする障がいに○を すること	身体（視覚・聴覚を除く）・知的・精神・その他 ()		
訓練受講者の条件			
訓練目標	訓練でどのようなスキルを習得するか、どのレベルまで上達するかを具体的に記入		
仕上がり像	どのような人材となるか、どのような仕事ができるような人材を目指すかを記入		
	科目	科目の内容	時間
訓練 内容		本訓練は訓練生1人1人に応じたオーダー制であるが、 本様式に記入するカリキュラムは、訓練時間の範囲内で 提供可能なカリキュラムを記入する。よって総訓練時間 数は12時間～160時間までのいずれかとなる。	
		訓練時間 合計	時間
		(うち訓練受講者毎にオーダーメイドで選択)	
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

身体			知的	精神	その他
上下肢・内部	視覚	聴覚			

※対応する障がい種別に○を記入すること。

対象障がい種別毎の訓練実施体制

<p>1. 訓練内容・カリキュラム内容</p> <p>(1) 提案科目に係る障がい者の求人ニーズ・求職ニーズ（在職者訓練の場合は勤務先企業・受講者のニーズ）をどのように把握・分析し、訓練目標・仕上がり像を設定したのか、具体的に記載してください。</p> <p>○別紙記載</p>
<p>(2) 訓練目標・仕上がり像に対応した人材とするために、科目の設定や時間配分等をどのように工夫したのか、具体的に記載してください。</p> <p>○別紙記載</p>
<p>(3) 受講者によって障がいの種別・程度が異なる中で、どのように訓練を実施しようとしているか、習得が遅れている場合のフォロー体制も含め、具体的に記載してください。</p> <p>○別紙記載</p>
<p>(4) 障がい特性に対応した訓練とするため、訓練運営スタッフ・講師等の人員体制をどのように工夫したのか、具体的に記載してください。（例：相談しやすい環境づくり、職員研修の内容等）</p> <p>○別紙記載</p>
<p>2. 支援機関や医療機関との協力体制のほか、充実した訓練を行うために工夫した点があれば、具体的に記載してください。</p> <p>○別紙記載</p> <p>※提案内容を記載すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画提案者が判別できる表現を避けること。 例えば実施機関名等は記入不可 ・別紙を作成する場合、この様式には「1」「2」いずれも「別紙記載」等のみ記入し、「1」「2」合わせて別紙のみでA4（両面）2枚（4ページ）以内となるようにすること。

・障がい種別毎に作成すること。（身体障がいの内訳で複数の障がい種別を対象とする場合は、その内訳の障がい種別毎に作成すること。）

・枠内に書ききれない場合は、別紙に記入し添付すること（A4用紙（両面）2枚以内）。

大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (知識・技能習得訓練(集合訓練))

【訓練区分名：■介護スキル養成コース】

【訓練科目名：○○○科(3か月)】

【年間定員 10人】 【訓練月数 3か月】 【職業能力講座実施日数 4日間】

〔訓練委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	1,260,000 円	4,200 円×300 時間
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	435,000 円	教室借上料・光熱水費
そ の 他	100,000 円	通信費・印刷費・諸経費
合 計	1,795,000 円	
1人1月あたりの経費(A)	59,833 円	(合計) / (年間定員×3月)
消 費 税 (B)	5,983 円	(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)	65,816 円	上限月額70,400円(税込)

〔職業能力講座委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	72,000 円	18,000 円×4 日
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他	8,000 円	200 円×10 人×4 日(諸経費)
合 計	80,000 円	
1人1日あたりの経費(C)	2,000 円	(合計) / (年間定員×実施日数)
消 費 税 (D)	200 円	(C) × 10 / 100
合 計 (C+D)	2,200 円	上限日額2,200円(税込)

〔職場実習委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
職 場 実 習 委 託 費	100,000 円	年間定員×税抜単価10,000円
合 計	100,000 円	
1人あたりの経費(E)	10,000 円	(合計) / (年間定員)
消 費 税 (F)	1,000 円	(A) × 10 / 100
合 計 (E+F)	11,000 円	月額11,000円(税込)

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和6年11月8日

予約をした受付日

 住 所
 機関(法人) 名
 代表者職・氏名

(知識・技能習得訓練(職場実習付き訓練)のみ)

大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (知識・技能習得訓練(職場実習付き訓練))

【訓練区分：介護スキル養成 ITスキル養成
パソコン・Webデザインスキル養成】
 【訓練科目名： 〇〇〇科(4か月) 】

【年間定員 10人】 【訓練月数 4か月】 【職業能力講座実施日数 4日間】

〔訓練委託費<座学訓練>〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	1,260,000 円	4,200 円×300 時間
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	435,000 円	教室借上料・光熱水費
そ の 他	100,000 円	通信費・印刷費・諸経費
合 計	1,795,000 円	
1人1月あたりの経費(A)	59,833 円	(合計) / (年間定員×3月)
消 費 税 (B)	5,983 円	(A) × 10 / 100
合 計 (A+B)	65,816 円	上限月額70,400円(税込)

〔訓練委託費<職場実習>〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	800,000 円	80,000 円×10 人
実 習 費	150,000 円	1,500 円×10 人×10 日
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他	50,000 円	5,000 円×10 人(事務費、雑費)
合 計	1,000,000 円	
1人1月あたりの経費(C)	100,000 円	(合計) / (年間定員×1月)
消 費 税 (D)	10,000 円	(C) × 10 / 100
合 計 (C+D)	110,000 円	上限額110,000円(税込)

〔職業能力講座委託費〕

項 目	金 額 (円) ※小数点以下を切り捨てること	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	40,000 円	10,000 円×4 日
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料		
そ の 他		
合 計	40,000 円	
1人1日あたりの経費(E)	2,000 円	(合計) / (年間定員×実施日数)
消 費 税 (F)	200 円	(E) × 10 / 100
合 計 (E+F)	2,200 円	上限日額2,200円(税込)

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和6年11月8日

予約をした受付日

住 所
機関(法人) 名
代表者職・氏名

大阪府障がい者委託訓練実施経費見積書 (e-ラーニング)

【訓練区分：■ビジネススキル養成 □自由提案】

【訓練科目名： ○○○科（3か月） 】

【年間定員 9人】 【訓練月数 3か月】

〔訓練委託費〕

項 目	金 額（円） ※小数点以下を切り捨てること。	積 算 内 訳
指 導 員 経 費	630,000 円	70,000 円×3 か月×3 回
実 習 費		
施 設 設 備 利 用 料	270,000 円	30,000 円×3 か月×3 回
そ の 他	540,000 円	60,000 円×3 か月×3 回（コンテンツ 使用料）
	180,000 円	20,000 円×3 か月×3 回（事務経費）
合 計	1,620,000 円	
1人1月あたりの経費（A）	60,000 円	（合計）／（年間定員×3月）
消 費 税（B）	6,000 円	（A）×10／100
合 計（A+B）	66,000 円	上限月額70,400円（税込）

訓練実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

令和6年11月8日

予約をした受付日

住 所

機関(法人) 名

代表者職・氏名

障がい者の雇用状況についての報告書

予約をした受付日

令和6年11月8日

大阪府知事様

住 所 大阪市中央区・・・

機関（法人）名 株式会社△△△

代表者職・氏名 代表取締役 □□ □□

障がい者の雇用の状況について下記のとおり報告します。

常用労働者の総数 ①	常用雇用障がい者数 の総数 ②	障がい者雇用率 ③ $(② \div ① \times 100)$	備 考
40	5	12.50	

令和6年6月1日現在

(注)

1 この報告書は、障がい者雇用の有無に関わらず、「障害者の雇用の促進等に関する法律」第43条第7項の規定による、障がい者の雇用状況報告義務のある事業主以外の事業主※について、全て提出していただくものです。

(※常用労働者の総数が40.0名未満の事業主)

2 ③の障がい者雇用率(%)は小数点第2位まで(第3位を四捨五入)とします。