

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社〇〇〇〇

訓練実施施設名：〇〇〇〇〇校

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名	株式会社〇〇〇〇		
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 株式会社	<input type="checkbox"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 職業訓練法人
	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> NPO法人	<input type="checkbox"/> 一般社団法人
	<input type="checkbox"/> 事業主団体 <input type="checkbox"/> その他()		
代表者職・氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
機関(法人)所在地等	〒000-0000 大阪市住之江区南港北1-14-16 TEL: 06(1234)5678		
設立年月日	昭和60年10月1日		

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	〇〇〇〇校		
訓練実施施設所在地等	〒000-0000 大阪市・・・・・・・・・・ TEL: 06(0000)0000 mail: abc@xxxxxxx.co.jp		
訓練実施施設代表者職・氏名	校長 〇〇 〇〇		

(3) 訓練実施運営体制

区分	内容
訓練実施責任者	職名・氏名：事務局長 〇〇 〇〇
	TEL：06(0000)0000
	mail：def@xxxxxxx.co.jp
事務担当者	職名・氏名：事務 〇〇 〇〇
	TEL：06(0000)0000
	mail：
	※訓練生の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口。 職名・氏名：事務 △△ △△
	TEL：06(0000)0000
	mail：
苦情処理責任者	職名・氏名：事務主任 ▲▲ ▲▲
	TEL：06(0000)0000
職業訓練サービスガイドライン研修受講の受講実績	<input checked="" type="checkbox"/> 受講 受講年度 R5 年 修了者の修了証の有
	<input type="checkbox"/> 受講申込 受講年度 0 年 申込書Eメールの有
	<input type="checkbox"/> 受講実績及び申込実績なし
ISO29993及びISO21001の取得有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機 関（ 法 人 ） 名：株式会社 ○○○○○○○○

訓 練 実 施 施 設 名：○○○○○○校

(4) 選考試験実施体制

面接試験室にあたる教室を、添付する図面に黄色マーカーで示し、㎡数も記載

区 分	容	
選考試験実施責任者	職名・氏名 事務 表 ○○ ○○	TEL 06(0000)0000
面接試験室	面積 40.0㎡ 面積 37.5㎡ 面積 ㎡ 面積 ㎡	
	※試験1回あたりに設置できる部屋数 2 部屋	
面接試験体制	1 面接室あたり面接官2名配置できる体制があるか	可
採点体制	2名以上により複数チェックできるか	面接試験室として使用する部屋の数を記入

※使用する面接試験室の平面図を添付してください。

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

最寄り駅	南港ポートタウン線 トレードセンター前駅 (徒歩 5分・距離 500m)
周辺地図	<p>最寄り駅等を全て記載後は、不要な行を削除すること</p> <p>わかりやすい略図で示すこと グーグルマップ等の引用は不可</p>

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社〇〇〇〇

訓練実施施設名：〇〇〇〇〇〇校

(6) 訓練実施施設概要

区分	内容
建物の権利関係※①	<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）
事務室※②	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室と分離している） <input type="checkbox"/> 無
就職相談室	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室・事務室と別々の部屋で） <input type="checkbox"/> 無
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 有（男女の入り口が別々であること） <input type="checkbox"/> 無
障がい者対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有 同一建物内に障がい者対応のトイレが設置されており、かつ、建物玄関から訓練実施教室まで車いす等で介助なしに移動できる。 <input type="checkbox"/> 無
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） <input type="checkbox"/> 無
自習室・COMMONスペース	<input type="checkbox"/> 有 訓練時間外に利用できる部屋（教室でも可）及び訓練生がいつでも自由に利用できる談話室・COMMONスペース（訓練施設内に限る）の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無
安全衛生関係法令上の措置	<input checked="" type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じている <input type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じていない

※①不動産登記簿謄本、賃貸借契約書等を添付してください。

※②事務室、就職相談室、トイレ等の平面図を添付してください。

法人ではなく、施設（学校）単位

(7) 府施策への協力について

公正採用選考人権啓発推進員選任の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
大阪企業人権協議会の加入の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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」への登録の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
障がい者雇用 （企業単位）	実雇用率 <input type="checkbox"/> 5.00%以上 <input checked="" type="checkbox"/> 4.17～4.99%以上 <input type="checkbox"/> 3.34～4.16%以上 <input type="checkbox"/> 2.51～3.33%以上
	法定超過雇用数 <input type="checkbox"/> 7人以上 <input type="checkbox"/> 5～7人未満 <input type="checkbox"/> 3～5人未満 <input type="checkbox"/> 1～3人未満

(8) 過去の応募実績（長期高度人材育成コースのみ）

科目名（介護福祉士養成）コース

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	計
定数		10		8		A 18
応募者数		8		7		B 15

科目名（保育士養成）コース

区分	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	計
定数	10		10			A 20
応募者数	6		8			B 14

・令和2年度から令和6年度までの入学年度の間に、大阪府から委託訓練の受託実績がある場合、受託期間における同一科目の受講生の応募実績を科目ごとに記入してください。

・自由提案科目を除く長期高度人材育成コースを提案する事業者のみ記入してください。

・受託実績がない場合「該当なし」と記載してください。

就職支援体制

機 関（ 法 人 ） 名：株式会社 ○○○○○○○○

訓 練 実 施 施 設 名：○○○○○○校

(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	職名・氏名：就職支援主任 ○○ ○○ TEL：06(0000)0000 勤務曜日を○で囲むこと	(○)
	週5日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から 18時00分まで (不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	・氏名：事務 ○○ ○○ TEL：06(0000)0000 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から 18時00分まで (不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで	
就職支援 担当者	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(○)
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	職名・氏名：△△ △△ TEL：06(0000)0000 週 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 時 分から 時 分まで (不定期の場合)・月20日勤務・勤務時間 10時00分から17時00分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

週5日又は
月20日以上
の勤務

責任者と担当者の兼務不可。担当者は1人以上配置すること

(2) 就職支援実施体制

区 分	内 容
厚生労働省の「ハローワーク求人・求職情報提供サービス」に利用登録した求人情報のダウンロード内容が閲覧可能なパソコンの設置（訓練で使用するものとは別に設置するもの）	<input checked="" type="checkbox"/> 有（いつでも利用可能な台数 10 台） <input type="checkbox"/> 無
無料職業紹介事業許可（届出）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（平成18年10月1日 0000-0000000号） <input type="checkbox"/> 無
有料職業紹介事業許可の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有（平成20年10月1日 0000-0000000号） ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る <input type="checkbox"/> 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：) <input type="checkbox"/> 無
キャリアコンサルティングの実施	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 企業登録票または登録メールの写しを添付すること
面接指導の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
OSAKAしごとフィールドの活用	<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録