

(知識・技能習得訓練(デュアルシステム訓練)のみ)

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(デュアルシステム訓練)〕

平成 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 ※提案する訓練の口に チェック(✓、■) を記載すること	知識等習得コース	<input type="checkbox"/>										
	就職力向上コース	<input type="checkbox"/>										
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：4か月 ※訓練月数は変更不可						
5 弾力化後の月数	弾力化後の訓練月数： 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									
【訓練受講生の障がい程度の条件】												
※ 7-1【随時開講】又は7-2【定期開講】のどちらか一方のみ記載すること。												
7-1【随時開講】 訓練開始可能な月 開講可能な回数 ※訓練開始可能な月の 欄に○印を記載する こと	① 年 回開講可能											
	訓練開始 可能な月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
7-2【定期開講】 訓練開始可能な月 開講する回数 ※訓練開始可能な月の 欄に○印を記載する こと ※第2・3案はある場合 のみ記載すること	① 年 回開講											
	訓練開始 可能な月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	第1案											
	第2案											
第3案												
8 定員(開講最少人数) 年間実施人数 ※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	1回あたりの定員② 人 (人)						年間定員③ 人 (①×②)					
	※()内は、開講可能な最少人数を記載すること 【年間回数①×1回あたりの定員②が年間定員③とならない場合の理由】											
9 職業訓練実施経費 ※就職力向上コースは 職業能力講座の設定 不可	座学訓練 円					職業能力講座実施委託費 円						
	職場実習 円 (※様式第8—2号の「訓練実施委託費」 の「合計(A+B)」<座学訓練>と「合 計(C+D)」<職場実習>を記載するこ と)					(※様式第8—2号の「職業能力講座実施委託 費」の「合計(E+F)」を記載すること)						
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											