

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書 〔e-ラーニング〕

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 訓練科目名												
2 訓練実施施設名												
3 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					
4 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】												
※5-1【随時開講】又は5-2【定期開講】のどちらか一方のみ記載すること。												
5-1【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
5-2【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	① 年 回開講											
	訓練開始 可能な月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
6 定員(開講最少人数) 年間実施人数 ※開講最少人数の1人 は変更不可	1回あたりの定員② 人(1人) ※(1人)は開講可能な最少人数						年間定員③ 人 ((①×②))					
	【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】											
7 職業訓練実施経費	訓練実施委託費 _____ 円 (※様式第8-4号の「訓練実施委託費」の「合計(A+B)」を記載すること)											
8 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に											