

## 訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【訓練科目名： PC基礎実践科（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"/> 株式会社以外の事 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 大学等 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 職業訓練法人 <input type="checkbox"/> その他( )		
代表者職・氏名	代表取締役 □□ □□		
機関(法人)所在地等	〒□□□-□□□□ 大阪市中央 TEL ▼▼ (■ ■ ■ ■) △△△△		
設立年月日	大正・昭和・平 日		

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(〇か月)(※「〇ヶ月」や「〇カ月」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。

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	〒□□□-□□□□ 大阪市中央区・・・・ 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 (大阪府との窓口)	職・氏名：校長 □□ □□	
	TEL：	FAX：
	メールアドレス：	
事務担当者 (受講者の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	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：	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 受講 (受講年 29年 修了者の修了証の写を添付)	

講師との兼務は不可。

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。