

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

【訓練コース番号： R01 】

【訓練科目名： Webオペレーター科 (3か月) 】

【機関(法人)名： 学校法人 △△△△△ 】

(1) 機関(法人)の概要

機関(法人)名	学校法人 △△△△△		
種別	<input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 株式会社以外の事業主 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 大学等 <input type="checkbox"/> 一般公 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 職業訓練法人 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> その他(
代表者職・氏名	理事長 ○○ ○○		
機関(法人)所在地等	〒123-4567 大阪府大阪市・・・・ TEL 06(1234)5678 FAX 06(5678)1234		
設立年月日	大正・昭和・平成 55年 10月 1日		

科目名は正確に記すこと。

特に(○か月)※「カやヶ等は不可」
や、記載漏れ等の誤りが多いので注
意する。以下の様式でも同様。

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	○○○○専門学校		
訓練実施施設所在地等	〒000-0000 大阪府大阪市・・・・ TEL 06(0000)0000 FAX 06(1111)1111		
訓練実施施設代表者職・氏名	学校長 ×× ××		
従業員数	常勤	常勤	常勤
	非常勤	非常勤	非常勤

職名を忘れずに記入すること。以下、
職名を書く必要のある様式も同様。

(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：事務局長 ○○ ○○		
	TEL：06(0000)0000		TEL：06(0000)0000
	メールアドレス：abc@xxxxxxx.co.jp		
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：事務 ○○ ○○		
	TEL：06(0000)0000		TEL：06(0000)0000
	職・氏名：事務 ○○ ○○		
	TEL：06(0000)0000		TEL：06(0000)0000
苦情処理責任者	職・氏名：事務主任 ○○ ○○		
	TEL：06(0000)0000		TEL：06(0000)0000
障がい(精神・発達)のある受講生の受入れの可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
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 (受講年度 28年 修了者の修了証の写 (有・無)) <input type="checkbox"/> 受講申込 (受講年度 年 申込書Eメールの写 (有・無)) <input type="checkbox"/> 受講実績及び申込書		

従業員数は、訓練を実施する施設単位で計上する。

苦情処理責任者は、様式5に掲げる講師との兼務はできない。

受講済みの場合、修了証の写し、申込中の場合、受講票と受講料の振込が確認できるものの写しを添付する。