

## 障がい者委託訓練カリキュラム

|  |   |                       |    |
|--|---|-----------------------|----|
| 訓練区分   | <input type="checkbox"/> 通所型コース（全種別型） <input type="checkbox"/> 通所型コース（種別選択型）<br><input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース（全種別型） <input type="checkbox"/> 指導員派遣型コース（種別選択型）<br><input type="checkbox"/> 通所型・指導員派遣型コース（全種別型）<br><input type="checkbox"/> 通所型・指導員派遣型コース（種別選択型） |                       |    |
| 訓練期間<br>(年間最大定員)                               | か月（名）   |                       |    |
| 対象障がい種別<br>※種別選択型の場合のみ、<br>対象とする障がいに○を<br>すること | 身体（視覚・聴覚を除く）・知的・精神・その他（ ）   |                       |    |
| 訓練受講者の条件                                       |   |                       |    |
| 訓練目標   |   |                       |    |
| 仕上がり像  |   |                       |    |
|  | 科目  | 科目の内容                 | 時間 |
| 訓練<br>内容                                       |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   |                       |    |
|  |   | 訓練時間 合計               | 時間 |
|  |   | (うち訓練受講者毎にオーダーメイドで選択) |    |
| 訓練休講曜日   | 原則として 土・日・祝日  |                       |    |

※A4版片面1枚に収めること