

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"/> 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） <input type="checkbox"/> 通所型・指導員派遣型コース（全種別型）		
訓練期間 (年間最大定員)	か月（名）		
対象障がい種別 ※種別選択型の場合のみ、 対象とする障がいに○を 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			
訓練 内容	科目	科目の内容	時間
		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