

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○
 訓練実施施設名：○○○○○○校

(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"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 職業訓練法人
	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> NPO法人	<input type="checkbox"/> 一般社団法人
	<input type="checkbox"/> 事業主団体	<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	〒000-0000 大阪市住之江区南港北1-14-16 TEL: 06(1234)5678		
設立年月日	昭和60年10月1日		

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	○○○○○○校			
訓練実施施設所在地等	〒000-0000 大阪市・ TEL: 06(0000)0000 mail: abc@xxxxxxx.co.jp			
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	3人	2人	5人
	非常勤	2人	1人	3人

(3) 訓練実施運営体制

区分	内容			
訓練実施責任者	職名・氏名：事務局長 ○○ ○○			
	TEL：06(0000)0000			
	mail：def@xxxxxxx.co.jp			
事務担当者 (訓練生の手続き、問い合わせ等に常時対応する窓口)	職名・氏名：事務 ○○ ○○			
	TEL：06(0000)0000			
	mail：			
	職名・氏名：事務 ▲▲ ▲▲			
	TEL：06(0000)0000			
	mail：			
苦情処理責任者	職名・氏名：事務主任 ▲▲ ▲▲			
	TEL：06(0000)0000			
障がい(精神・発達)のある訓練生への支援体制	<input checked="" type="checkbox"/> 整っている <input type="checkbox"/> 整っていない			
職業訓練サービスガイドライン研修受講の受講実績	<input checked="" type="checkbox"/> 受講 受講年度 R4 年 修了者の修了証の写 有 <input type="checkbox"/> 受講申込 受講年度 0 年 申込書Eメールの写 <input type="checkbox"/> 受講実績及び申込実績なし			
ISO29993及びISO21001の取得有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
公的職業訓練に関する職業訓練サービスガイドライン適合事業所認定	<input checked="" type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			

それぞれの項目にチェックする
 障がいのある受講生への支援体制が整っているとは、例えば、対応できる相談スタッフ、教室以外のクールダウンのためのスペース等が確保されている場合等をいう

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○

訓練実施施設名：○○○○○○校

(4) 選考試験実施体制

面接試験室にあたる教室を、添付する図面に黄色マーカーで示し、㎡数も記載

区分	内 容	
選考試験実施責任者	職名・氏名 事務局長 ○○ ○○	TEL 06(0000)0000
面接試験室	面積 40.0㎡ 面積 37.5㎡ 面積 ㎡ 面積 ㎡	
	※試験1回あたりに設置できる部屋数 2 部屋	
面接試験体制	1面接室あたり面接官2名配置できる体制があるか	可
採点体制	2名以上により複数チェックできるか	面接試験室として使用する部屋の数を記入

※使用する面接試験室の平面図を添付してください。

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

最寄り駅	<p>Osaka Metro南港ポートタウン線 トレードセンター前駅 (徒歩2分・距離0.1km)</p> <p>Osaka Metro中央線 コスモスクエア駅 (徒歩7分・距離0.6km)</p> <p>例 Osaka Metro 御堂筋線 本町駅</p> <p>※ 最寄り駅が複数ある場合は、追記してください。</p>
------	---

最寄り駅等を全て記載後は、この一文(※印)を削除すること



わかりやすい略図で示すこと
グーグルマップ等の引用は不可

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○
 訓練実施施設名：○○○○○○校

(6) 訓練実施施設概要

区 分	内 容
建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 所有 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸（用途・使用目的等に教室利用が記載されているか。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
訓練実施施設の状態	<input type="checkbox"/> 独立施設 <input checked="" type="checkbox"/> 建物の1フロア <input type="checkbox"/> 建物の複数フロア（ フロア） <input type="checkbox"/> 建物の一室 <input type="checkbox"/> 建物の複数室（ 室） <input type="checkbox"/> その他（ ）
事務室	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室と分離している） <input type="checkbox"/> 無
就職相談室	<input checked="" type="checkbox"/> 有（教室） <input type="checkbox"/> 無
トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 有（男女） <input type="checkbox"/> 無
障がい者対応 ※該当する場合のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 同一建物 建物玄関から訓練実施教室まで車いす等で介助なしに移動できる
空調・冷暖房	<input checked="" type="checkbox"/> 有（訓練実施に適した環境に設定できること） <input type="checkbox"/> 無
自習室 談話室・コンス ^パ ース	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ※訓練時間外に利用できる部屋（教室でも可）及び訓練生がいつでも自由に <input type="checkbox"/> 無 利用できる談話室・コンス ^パ ース（訓練施設内に限る）の有無
安全衛生関係法令上の措置	<input checked="" type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じている <input type="checkbox"/> 定期点検等必要な措置を講じていない

事務室、就職相談室、トイレ、障がい者対応トイレ、自習室、談話室・コンス^パースについては、添付する図面に黄色マーカーで示すこと。教室を訓練時間外に自習室として利用する場合は、その旨を図面上で明記すること
 談話室・コンス^パースについては、エリアだけでなく机や椅子等も図面上で分かるように示すこと

※不動産登記簿謄本、賃貸借契約書等を添付してください。

※事務室、就職相談室、トイレ、障がい者対応トイレ、自習室、談話室・コンス^パースの平面図を添付

法人ではなく、施設（学校）単位

(7) 府施策への協力について

- 公正採用選考人権啓発推進員選任の有無 有 無
 - 大阪企業人権協議会の加入の有無 有 無
 - おおさか人材雇用開発人権センター【C-STEP】の加入の有無 有 無
 - 「大阪府障がい者サポートカンパニー」又は
 「大阪府障がい者サポートカンパニー優良企業」への登録の有無 有 無
 - 障がい者雇用（企業単位）
- <実雇用率> 4.60%以上 3.84~4.59%以上 3.08~3.83%以上 2.31~3.07%以上
- <法定雇用障がい者数超過数> 7人以上 5~7人未満 3~5人未満 1~3人未満

就職支援体制

機関(法人)名：株式会社 ○○○○○○○○

訓練実施施設名：○○○○○○校

責任者と担当者の兼務不可。
担当者は1人以上配置すること

(1) 就職支援実施担当者 (提案訓練施設での勤務状況及び就職支援資格の有無)

週5日勤務
又は
月20日以上
勤務

区分	内容	
就職支援 責任者	職名・氏名：就職支援主任 ○○ ○○	
	TEL：06(0000)0000	勤務曜日を○で囲むこと
	週5日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から 18時00分まで	(○)
	(不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
就職支援 担当者	職名・氏名：事務 ○○ ○○	
	TEL：06(0000)0000	
	週5日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 9時30分から 18時00分まで	(○)
	(不定期の場合)・月 日勤務・勤務時間 時 分から 時 分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	職名・氏名：△△ △△	
	TEL：06(0000)0000	
	週 日勤務(月・火・水・木・金)・勤務時間 時 分から 時 分まで	(○)
	(不定期の場合)・月20日勤務・勤務時間 10時00分から17時00分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティング担当者の要件を満たす資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

月又は週単位の勤務日数が明らかであるが、月の勤務曜日が決まっていない場合は、この例のように記入すること。

(2) 就職支援体制

区分	内容	
	厚生労働省の「ハローワーク求人情報オンラインサービス」を利用した求人情報のダウンロード内容が閲覧可能なパソコンの設置	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (いつでも利用可能な台数 8台) <input type="checkbox"/> 無
	無料職業紹介事業許可(届出)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成18年10月1日 0000-0000000号) <input type="checkbox"/> 無
	有料職業紹介事業許可の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (平成20年10月1日 0000-0000000号) ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る <input type="checkbox"/> 職業紹介の許可を受けたグループ会社による職業紹介が可能 (会社名：) <input type="checkbox"/> 無
	キャリアコンサルティングの実施	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 企業登録票または登録メールの写しを添付すること
	面接指導の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	OSAKAしごとフィールドの活用	<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録