

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書  
〔知識・技能習得訓練(集合訓練)〕

令和 年 月 日

大阪府知事様

住 所  
機 関 ( 法 人 ) 名  
代表者職・氏名

大阪府が実施する障がい者委託訓練を受託したく企画提案書を提出します。

|                                                                              |                                                                                                                                                          |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------|-----|-----|-----|----|
| 1 訓練区分<br>※提案する訓練の□に<br>チェック(✓、■)<br>を記載すること                                 | <input type="checkbox"/> 介護スキル養成コース                                                                                                                      |    | 職場実習 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 2 訓練科目名                                                                      |                                                                                                                                                          |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 3 訓練実施施設名                                                                    |                                                                                                                                                          |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 4 訓練時間・月数                                                                    | 総訓練時間： 時間                                                                                                                                                |    |                                                            |    |    | 訓練月数：3か月<br>※訓練月数は変更不可            |     |     |     |    |
| 5 弾力化後の月数                                                                    | か月 ※訓練期間を弾力化する場合のみ記載すること                                                                                                                                 |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 6 対象障がい者<br>※対象とする障がいに○<br>印を記載すること<br>※対象が発達障がいの<br>場合は、その他の欄に<br>発達と記載すること | 身体                                                                                                                                                       |    |                                                            | 知的 |    | 精神                                |     | その他 |     |    |
|                                                                              | 上下肢・内部                                                                                                                                                   | 視覚 | 聴覚                                                         |    |    |                                   |     |     |     |    |
|                                                                              | 【訓練受講者の障がい程度の条件】                                                                                                                                         |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 7 提案する訓練開<br>講月(提案する開<br>講月を選択するこ<br>と)                                      | 訓 練 区 分                                                                                                                                                  | 5月 | 6月                                                         | 7月 | 8月 | 9月                                | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 |
|                                                                              | 介護スキル<br>養成コース                                                                                                                                           |    |                                                            |    |    | <input type="checkbox"/><br>(10人) |     |     |     |    |
| 8 定員<br>(開講最少人数)<br>年間定員                                                     | 1回当たりの定員 人 ( 人 )<br>※( )内は、1回当たりの開講可能な最少人数を記載すること<br>※開講最少人数は1回当たり定員の5割以下の数を記載すること<br><br>年間定員 人                                                         |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 9 職業訓練実施経<br>費                                                               | 訓練委託費 円<br>※様式第8-1号の「訓練委託費」の「合計(A+B)」を記載すること<br>職業能力講座委託費 円<br>※様式第8-1号の「職業能力講座委託費」の「合計(C+D)」を記載すること<br>職場実習委託費 円<br>※様式第8-1号の「職場実習委託費」の「合計(E+F)」を記載すること |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 10 障がい者向け<br>訓練支援機器賃<br>貸借費                                                  | 利用予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                               |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |
| 11 企画提案書<br>添付書類                                                             | 別紙様式第2号から第9号及び任意様式のとおり                                                                                                                                   |    |                                                            |    |    |                                   |     |     |     |    |