

大阪府障がい者委託訓練事業企画提案書
〔eラーニング訓練〕

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 訓練区分名	自由提案コース									
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 ※訓練月数は変更不可				
5 対象障がい者 ※対象とする障がいに ○印を記載すること ※対象が発達障がいの 場合は、その他の欄 に発達と記載するこ 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】									
6 提案する訓練 開講月（提案する 開講月を選択す ること）	訓練区分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
	自由提案コース		□ (3人)			□ (3人)			□ (3人)	
7 定員 (開講最少人数) 年間定員	1 回当たりの定員 人 (人) ※ () 内は、1 回当たりの開講最少人数を記載すること ※開講最少人数は、定員が 3 人の場合は 2 人以下、2 人以内の場合は 1 人以上とする 年間定員 人									
8 職業訓練実施 経費	訓練委託費 円 ※様式第 8—3 号の「訓練委託費」の「合計(A+B)」を記載すること									
9 障がい者向け 訓練支援機器賃 貸借費	利用予定 □有 □無									
10 企画提案書 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									