

障がい者委託訓練カリキュラム

訓練科目名			訓練区分	介護スキル養成コース	
訓練期間(年間定員)		3 か月 (名)			
対象障がい種別		身体(上下肢及び内部・視覚・聴覚)・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
訓練内容	講 職 業 能 座 力				
		※12時間以上設定すること		職業能力講座については____日間で実施	
	学 科	安全衛生			3
	実 技				
	就 職 支 援				
		※18時間以上設定すること			
	職 場 実 習				
		※1月(60時間)未満の職場実習を実施できるものとする。			
訓練時間総合計					時間
職業能力講座	時間	学 科	時間	実 技	時間
				就職支援	時間
				職場実習	時間
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