

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

商号又は名称：〇〇〇〇株式会社

訓練実施施設名：〇〇〇〇〇〇〇〇校

(1) 機関（法人）の概要 ※登記事項証明書の掲載内容を記載してください。

機関（法人）名	〇〇〇〇株式会社		
種 別	☒ 株式会社 ☐ 社会福祉法人 ☐ 事業主団体	☐ 学校法人 ☐ NPO法人 ☐ その他（ ）	☐ 職業訓練法人 ☐ 一般社団法人
代表者職・氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
機関（法人）所在地等	〒 557-0000 大阪市住之江区南港北1-14-16 TEL：06-〇〇〇〇-△△△△		
設立年月日	昭和60年10月1日		

法人の場合、
 登記事項証明書のとおり記入すること。

(2) 訓練実施施設の概要

訓練実施施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇校		
訓練実施施設所在地等	〒 557-0000 大阪市住之江区南港北1-14-16 24階・25階 TEL：06-〇〇〇〇-△△△△ mail：osaka@〇〇〇〇.〇〇〇〇		
訓練実施施設代表者氏名	〇〇 〇〇		

・ビル名及び階数まで記載すること。
 ・教室が複数ある場合は、該当する階を全て記入。

(3) 訓練実施運営体制

区 分	内 容		
訓練実施責任者	氏名：〇〇 〇〇		
	TEL：06-〇〇〇〇-△△△△		
	mail：osaka@〇〇〇〇.〇〇〇〇		
事務担当者 ※訓練生への手続きや 問い合わせ等に 常時対応する窓口	氏名①：〇〇 〇〇		
	氏名②：△△ △△		
苦情処理責任者	氏名：▲▲ ▲▲		
	TEL：06-〇〇〇〇-△△△△		
職業訓練サービス ガイドライン研修 受講の受講実績	☒ 受 講	受講年度 R6 年 修了者の修了証の写	☒
	☐ 受講申込	受講年度 0 年 申込書Eメールの写	☐
	☐ 受講実績及び申込実績なし		
ISO29993及び ISO21001の 取得有無	☐ 有 ☒ 無		

様式第C－3号の内容と
 整合させること。
 （複数施設で実施する場合のみ）

訓練実施機関・施設の概要・運営体制

商号又は名称：〇〇〇〇株式会社

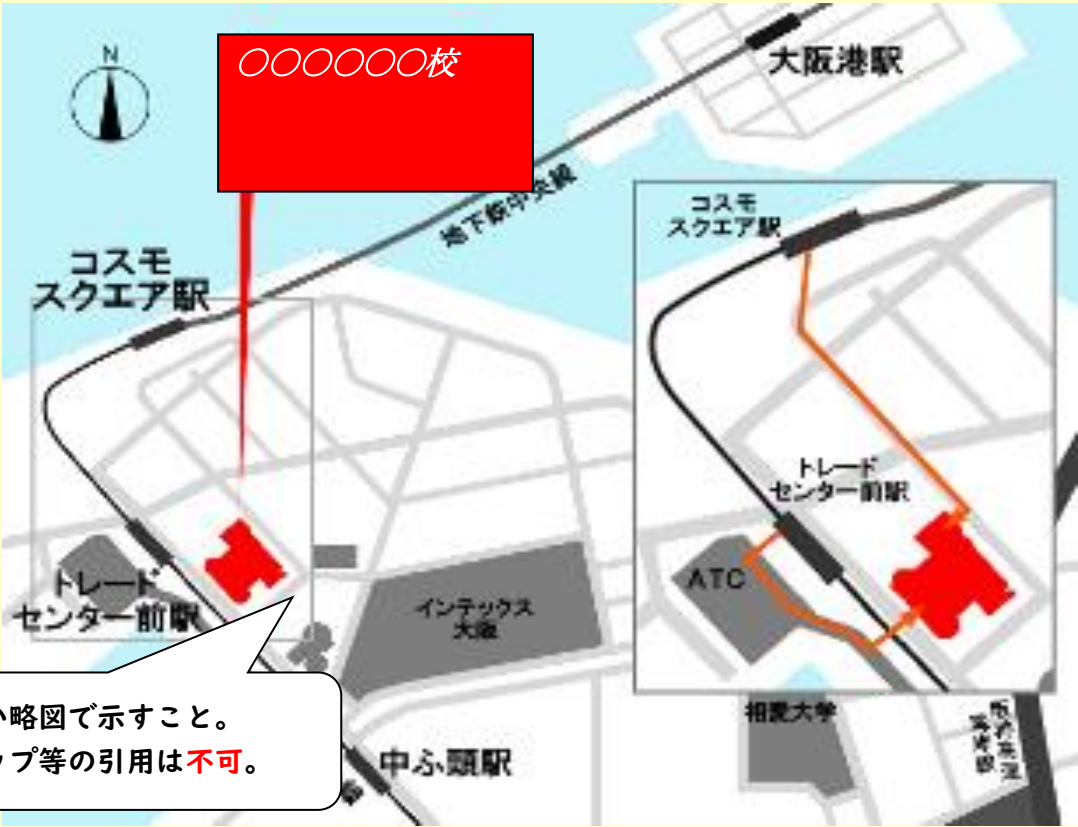
訓練実施施設名：〇〇〇〇〇〇〇〇校

(4) 選考試験実施体制

区	添付する平面図には、 面接試験室の位置・面積をマーカー等で記入すること。		容	
選考試験実			TEL	06-〇〇〇〇-△△△△
面接試験室	①面積 40.0㎡ ②面積 37.5㎡ ③面積 ㎡ ④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 面接室当たり面接官 2 名配置で		可	
採点体制	2 名以上により複数チェックでき		可	

※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	① 南港ポートタウン線 トレードセンター前駅（徒歩 5 分・距離 500 m） 最寄り駅等を記入した後、不要な行を削除すること。 ※不要な行は削除してください。
最寄り駅からの地図	 ・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

商号又は名称：〇〇〇〇株式会社

訓練実施施設名：〇〇〇〇〇〇〇〇校

(6) 訓練実施施設概要

区分		
建物の権利関係※①	☐ 所有 ☒ 賃貸 (用途・使用目的等に教室利用が記載されているか。 ☐ 有 ☒ 無)	賃貸契約書の使用目的に教室利用の記入がない場合は、別途貸主の承諾が確認できる書類を提出すること。
事務室※②	☒ 有 教室とは別の部屋として完全に分離している 衝立等の間仕切りは不可	
就職相談室※②	☒ 有 教室・事務室と別々の部屋であり、プライバシーが確保されている	
トイレ※②	☒ 有 労働安全衛生法、労働安全規則及び事務所衛生基準規則等の設置基準を満たしている	
障がい者対応※②	☒ 有 同一建物内に障がい者対応のトイレが設置されており、かつ、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。 ☐ 無	
空調・冷暖房	☒ 有 訓練実施に適した環境に設定できる ☐ 無	
自習室・談話室 コモンスペース※②	☒ 有 訓練時間外に利用できる談話室・コモンスペース ☐ 無	事務室、就職相談室、トイレ（男女の別）、障がい者対応トイレ、自習室、談話室・コモンスペースの平面図は、 マーカー等で位置を明記すること。
安全衛生関係法令上の措置	☒ 定期点検等必要な措置を講ずる	

※①不動産登記簿謄本、賃貸借契約書等を添付してください。

※②平面図を添付してください。

(7) 府施策への協力について

採用単位での公正採用選考人権啓発推進員選任及び新任・基礎研修の受講の有無	☒	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

(8) 過去の応募実績（長期高度人材育成コースのみ）

科目名

(介護福祉士養成)

コース

区分	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度	計	
定数	－	11	－	8	7	A	26
応募者数	－	7	－	8	5	B	20

科目名

(保育士養成)

コース

区分	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度	計	
定数	12	13	10	－	7	A	42
応募者数	4	7	8	－	1	B	20

※1 令和3年度から令和7年度までの入学年度の間に、大阪府から委託訓練の受託実績がある場合、受託期間における同一科目の受講生の応募実績を科目ごとに記入してください。

※2 自由提案科目を除く長期高度人材育成コースを提案する事業者のみ記入してください。

※3 受託実績がない場合「該当なし」と記載してください。

就職支援体制

商号又は名称：〇〇〇〇株式会社

訓練実施施設名：〇〇〇〇〇〇〇〇校

(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）

区 分	内 容	週5日又は 月20日以上 の勤務
就職支援 責任者	氏名：〇〇 〇〇 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)月〇〇日勤務 勤務時間〇〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	☐ 有 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無
	上記資格の有効期限	令和 年 月 日
就職支援 担当者	氏名：〇〇 〇〇	
	週〇日勤務(月・火・水・木・金) 勤務時間〇〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分まで	(○)
	(不定期の場合)月〇〇日勤務 勤務時間〇〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	☐ 有 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無
	上記資格の有効期限	令和 年 月 日
	氏名：△△ △△	
	週〇日勤務(月・火・水・木・金) 勤務時間〇〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分まで	(×)
	(不定期の場合)月〇〇日勤務 勤務時間〇〇時〇〇分 から 〇〇時〇〇分まで	
	他の訓練実施施設との兼務の有無	☐ 有 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	
上記資格の有効期限	令和 年 月 日	

・責任者と担当者の兼務不可。
・担当者は週5日勤務の者を1人以上配置すること。
・様式第C－3号と整合を図ること。
(複数施設で実施する場合のみ)

(2) 就職支援実施体制

区 分	内 容
厚生労働省の「ハローワーク求人・求職情報提供サービス」に利用登録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 (訓練で使用するものとは別に設置するもの)	☒ 有 (5台以上の場合) 利用可能台数 10台
	☐ 無 (5台未満の場合)
無料職業紹介事業許可 (届出) の有無	☐ 有 (年 月 日 号)
	☒ 無
有料職業紹介事業許可の有無	☒ 有 (令和7年4月1日 0000-000000号)
	※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る ☐ 無