

様式B 共通項目入力シート

|         |             |
|---------|-------------|
| 提出日     | 令和8年10月30日  |
| 所在地郵便番号 | 557-0000    |
| 商号又は名称  | 〇〇〇〇株式会社    |
| 代表者職・氏名 | 代表取締役 〇〇 〇〇 |
| 訓練実施施設名 | 〇〇〇〇〇〇〇〇校   |



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：〇〇〇〇〇〇〇校

(4) 選考試験実施体制

| 区      | 容                                   |                          |                  |
|--------|-------------------------------------|--------------------------|------------------|
| 選考試験実  | 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。 |                          | 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                     | 面接試験室として使用する部屋の数を記入すること。 | 可                |

※使用する面接試験室の平面図を添付すること。

(5) 訓練実施施設最寄り駅及び周辺地図

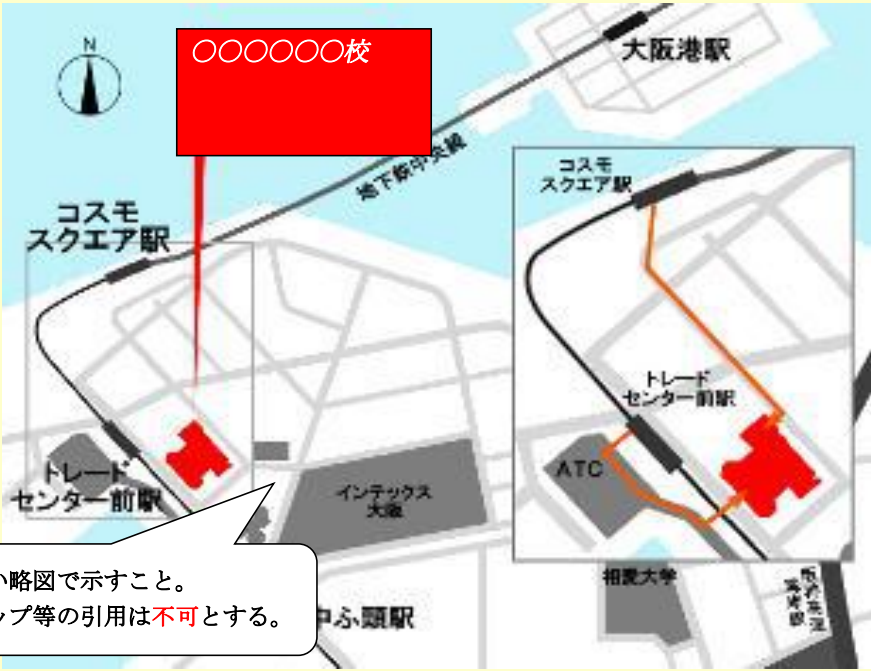
最寄り駅

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 0.5km）

最寄り駅等を記入した後、不要な行を削除すること。

※不要な行は削除すること。

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とする。

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

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。

|                      |                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 区分                   |                                                                                                                                                                  |
| 建物の権利関係※①            | <input type="checkbox"/> 所有<br><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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) |
| 事務室※②                | <input checked="" type="checkbox"/> 有 教室とは別の部屋として完全に分離している。<br>衝立等の間仕切りは不可。                                                                                      |
| 就職相談室※②              | <input checked="" type="checkbox"/> 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                | <input checked="" type="checkbox"/> 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             | <input checked="" type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 無                                   |
| 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。<br><input type="checkbox"/> 無                                                                            |
| 自習室・談話室<br>コモンスペース※② | <input checked="" type="checkbox"/> 有 訓練時間外に利用できる談話室・コモンスペース<br><input type="checkbox"/> 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ずる                                                                                                               |

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。

※①不動産登記簿謄本、賃貸借契約書等を添付すること。

※②平面図を添付すること。

(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              | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 大阪企業人権協議会の加入の有無                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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                    | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8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4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 | 計    |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 定数   | 12    | 13    | 10    | -     | 7     | A 42 |
| 応募者数 | 4     | 7     | 8     | -     | 1     | B 20 |

※1 令和4年度から令和8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すること。

※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すること。

※3 受託実績がない場合「該当なし」と記入すること。

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<br>月20日以上<br>の勤務                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 就職支援<br>責任者        | 氏名：〇〇 〇〇<br>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 |
|                    | 上記資格の有効期限 有効期限が訓練期間中に到来する場合は、資格証明書の写しに「令和●年●月更新予定」と記入すること。 | 令和10年6月14日                                                       |
| 就職支援<br>担当者        | 氏名：〇〇 〇〇                                                   |                                                                  |
|                    | 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21日勤務 勤務時間 9時30分 から 18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 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無            |
|                    | 上記資格の有効期限                                                  | 令和 年 月 日                                                         |
|                    | 氏名：△△ △△                                                   |                                                                  |
|                    | 週3日勤務(月・火・水・木・金)<br>(不定期の場合)月 日勤務                          | (×)                                                              |
| 他の訓練実施施設との兼務の有無    |                                                            |                                                                  |
| キャリアコンサルティング担当者の要件 |                                                            |                                                                  |
| 上記資格の有効期限          |                                                            |                                                                  |

・責任者と担当者の兼務不可。  
・責任者は訓練実施期間中の半分以上  
訓練実施施設に駐在していること。  
・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、求人情報が閲覧可能なパソコンの設置<br>(訓練で使用するものとは別に設置するもの) | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3台以上の場合)<br>利用可能台数 10台 |
|                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 (3台未満の場合)                          |
| 無料職業紹介事業許可 (届出) の有無                                                          | <input type="checkbox"/> 有                                    |
|                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 無                         |
| 有料職業紹介事業許可の有無                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 有                         |
|                                                                              | ※訓練実施機関が許可を受けている場合に限る<br><input type="checkbox"/> 無           |