

訓練科目・カリキュラム

開始月は 実施月は

支援学校早期訓練コース【座学型】

例) 5月・8月・11月開講の3ヶ月コース

施設名 ○○パソコンスクール

訓練コース名	<input checked="" type="checkbox"/> PC技能習得コース <input type="checkbox"/> 特別支援学校早期訓練コース【座学型】				
訓練科目名	IT応用科	内容レベル ※PC技能習得コース提案機関のみ記載 <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級			
定員	8人	最低開講人数 4人 訓練期間 3か月間			
訓練実施月(開始月は◎)	◎5, ◎6, ◎7, ◎8, ◎9, ◎10, ◎11, ◎12, ◎1, 2, 3(月)				
訓練時間(1日)	10:00~16:00 (1単位時間50分 休憩10分 5単位時間)				
訓練目標(具体的に)	○××や××(××はソフト名)などを業務で確実に使いこなすPC操作能力を身につける。 ○ビジネスマナー等を習得することにより、企業人としてのコミュニケーションスキルを身につける。				
仕上り像	ビジネスの流れや目的を理解し、指示を受けた事務処理に関して、パソコンを活用して文書作成や集計処理の作成が可能になる。				
就職を見込める職種・職務	パソコンを使った事務系業務全般(一般事務、営業補佐)				
訓練可能な障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由 (<input type="checkbox"/> 上肢・ <input checked="" type="checkbox"/> 下肢)	<input checked="" type="checkbox"/> 内部障害 <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" type="checkbox"/> 発達障害			
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 車椅子の利用 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
	特記事項		聴覚障害は軽度の方		
訓練の内容(訓練項目)	科目	科目の内容	時間	左の内PC使用時間数	
	学科	就職支援	ビジネスマナー、履歴書、職務経歴書の書き方	30	6
			面接時の基本的な留意点	5	0
		訓練時間小計		35	6
	実技	インターネット・メール	ビジネスにおけるインターネットの活用方法	30	30
		ワード2010	ワード基礎及び表作成、図形作成	90	90
		○○○	×××	110	110
○○○		×××	70	70	
訓練時間小計		300	300		
訓練時間合計		335	306		

様式4

訓練日程表

平成30年度

訓練実施機関名： ○○パソコン教室

訓練科名： IT基礎科

訓練期間：5月1日～7月27日【3ヶ月】

総訓練時間： 102

月	日曜	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
5月	訓練内容	開講式	ワード入力方法					ワード入力方法	ワード入力方法	Excel概要	Excelグラフの作成・編集																					
	時数	0	6					6	6	6	6																					
	月合計																															
6月	訓練内容																															
	時数																															
	月合計																															
7月	訓練内容																															
	時数																															
	月合計																															

当該開講コースの期日を記入

各月の総合計を記入

開講式は訓練設定なし

訓練内容の概要を記入する

標準：100時間／月
 (PC・作業・早期【座学型】コース)最低：80時間／月
 (企業・早期【企業実践】コース)最低：60時間／月

開講式は訓練設定なし

訓練実施運営体制表

提案訓練コース:PC技能習得コース

訓練実施施設名:

責任者	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
実質事務担当者	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
就職支援責任者	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
講師	氏名	〇〇 〇〇
	常勤・非常勤の別	常勤
	経験年数	5年
	資格・免許等	キャリアコンサルタント 日商ES実践能力検定2級
	氏名	〇〇 〇〇
	常勤・非常勤の別	非常勤
	経験年数	3年
	資格・免許等	MOSマスター office2007
	氏名	
	常勤・非常勤の別	
	経験年数	
	資格・免許等	
氏名		
常勤・非常勤の別		
経験年数		
資格・免許等		

※ 講師人数が4名以上の場合は、コピーして使用してください。

損害保険等の加入状況届け（P C技能習得コース）

平成 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

(申請者) 所在地

設置者

代表者職・氏名

印

下記のとおり訓練期間中のパーソナルコンピューター破損に備え、保険加入状況について報告いたします。

なお、保険未加入の場合はパーソナルコンピューター破損に伴う費用負担を受講生に求めません。(この場合の破損とは受講者の故意による破損は含まないものとします)

記

1 訓練実施施設名

2 保険の加入状況
(○印をつけてください)

(○) 加入している

加入保険会社名

〇〇〇〇保険株式会社

(※契約書写しを添付すること)

() 加入していない