

障害者委託訓練提案書 (作業実務コース)

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

通常、社判を使用している場合は社判を押印

印

千葉県が実施する平成30年度障害者委託訓練事業に係る障害者委託訓練提案書を提出します。

訓練コース	作業実務コース		新規・継続申請の別	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	
責任者	TEL	e-mail			
連絡担当者役職	TEL	e-mail			
訓練実施施設	名称: 所在地: 電話番号: FAX番号:				
	最寄駅・バス停	最寄駅・バス停からの距離 所要時間		m / 分	
訓練目標 (具体的に)	コミュニケーションスキルや体力・集中力など就労に必要な基本的な姿勢・態度を身に付ける。				
訓練内容 (訓練項目)	例1 ダンボールの組み立てや菓子箱詰め等の軽作業 例2 商品入力作業・清掃作業等 例3 ピッキング作業 *主な使用器具等()				
訓練時期 (可能な月に○を)	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 1, 2, 3 (月)	訓練時間 訓練日数	5 時間/日	20 日/月	
訓練期間	1ヶ月 ・ 2ヶ月 ・ 3ヶ月	総訓練時間	300時間		
訓練時間	10時00分 ~ 16時00分 (休憩時間 60分)	訓練休日	土・日・祝日 その他()		
訓練可能障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input checked="" type="checkbox"/> 聴覚障害	<input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由障害 (<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)		
	<input type="checkbox"/> 内部障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input checked="" type="checkbox"/> 発達障害	<input checked="" type="checkbox"/> 高次脳機能障害
	<input checked="" type="checkbox"/> 難病	※車椅子の方		<input type="checkbox"/> 可	<input checked="" type="checkbox"/> 不可
1回の訓練での同時実施可能人数		特記事項			
3 名		聴覚障害については軽度の方			
指導体制	指導者数	2 名	就職支援体制	例) 就職担当者を配置し、月1回個別に訓練生の相談にあたる 例) ジョブコーチが就労支援に対応する。	
	障害に対する配慮	例 多目的トイレ エレベーター スロープの設置 駐車場使用可能 等 絵・写真カードを利用し視覚に訴える指示伝達の工夫 等 体調に配慮した柔軟な訓練体制 相談担当者指名 相談窓口設置 等			
訓練実施に必要なスキル	特になし				
訓練実績	年度	委託訓練生(名)	就職者(名)	他の職業訓練や特別支援学校の現場実習等の実績	
	27				
	28				
	29				
福祉事業の実施	有・無	就労継続支援A型	就労継続支援B型	就労移行支援	自立訓練 生活介護 その他()

(備考)※千葉県立障害者高等技術専門校記入欄	千葉県立障害者高等技術専門校 受理年月日
------------------------	-------------------------

複数施設における訓練実施概要書

訓練実施場所②	施設名			
	連絡担当者 役職		担当者 e-mail	
	所在地			
	電話番号/FAX	TEL	FAX	
	最寄駅・バス停		駅	(バス停)
	最寄駅・バス停からの 距離・所要時間	km	m	分
	訓練内容	* 主な使用器具等 ()		
	訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間)	訓練休日	土・日・祝日 その他()
	訓練時間 訓練日数	時間/日	日/月	総訓練時間 時間
訓練実施場所③	施設名			
	連絡担当者 役職		担当者 e-mail	
	所在地			
	電話番号/FAX	TEL	FAX	
	最寄駅・バス停		駅	(バス停)
	最寄駅・バス停からの 距離・所要時間	km	m	分
	訓練内容 (訓練項目)	* 主な使用器具等 ()		
	訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間)	訓練休日	土・日・祝日 その他()
	訓練時間 訓練日数	時間/日	日/月	総訓練時間 時間
訓練実施場所④	施設名			
	連絡担当者 役職		担当者 e-mail	
	所在地			
	電話番号/FAX	TEL	FAX	
	最寄駅・バス停		駅	(バス停)
	最寄駅・バス停からの 距離・所要時間	km	m	分
	訓練内容 (訓練項目)	* 主な使用器具等 ()		
	訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間)	訓練休日	土・日・祝日 その他()
	訓練時間 訓練日数	時間/日	日/月	総訓練時間 時間

複数箇所がある場合の
みなので、②から始まる。
3枚目は、⑤から始まる。

施設・設備等概要書

提案訓練コース：作業実務コース

訓練実施施設名：

駐 車 場	【有・無】 (20 台 ※うち障害者用 2 台)
駐 輪 場	【有・無】 (5 台)
施 設 の 状 況	独立施設・建物の1フロア-(階)・建物の複数フロア-(フロア-) 建物の1室・建物の複数室(室)・その他()
設 備 バ リ ア フ リ ー	・エレベーター・自動ドア・引き戸・スロープ・点字ブロック・階段手すり ・その他()
権 建 利 物 関 係	【訓練場所】 自己所有・賃貸(契約書写しを添付すること) 【面接・面談場所】 自己所有・賃貸
福 利 厚 生 設 備	食堂・休憩コーナー 給茶室・給茶器・自販器・冷蔵庫・電子レンジ 喫煙コーナー・ロッカー・その他() ○昼食の場所 教室・休憩コーナー・その他
ト イ レ	個所数()個所 男女別・男女兼用 教室フロアと同じフロア・教室フロアと別のフロア 身障者用(車椅子対応)トイレ 有・無
設 備 等 の 他 の	○その他の設備等(ありましたら記入してください)

訓練日程表 (訓練生:)

訓練実施施設名: NPO法人〇〇〇

訓練期間: 5月2日～7月27日【3ヶ月】

総訓練時間: 330

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						○	○	○	○			○	○	○								○	○							
	時数	0						6	6	6	6	6			6	6	6	6	6					6	6							
	月合計																															114
6月	訓練内容	○	○		○	○	○	○	○			○	○	○	○	○											○	○	○	○	○	○
	時数	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6					6	6	6	6	6								
	月合計																															114
7月	訓練内容			○	○	○	○			○	○	○	○	○				○	○	○	○				○	○						
	時数			6	6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6						
	月合計																															102

当該開講コースの期日を記入

訓練期間の総合計を記入

訓練の概要を記入する

開講式は訓練設定なし

各月ごとの総合計を記入

標準: 100時間/月
作業実務コース 最低: 80時間/月

閉講式は訓練設定なし

使用教科書等

提案訓練コース:作業実務コース

訓練実施施設名:

【受講生負担で購入するもの】

教科書名・制服等	出版社名等	価格	備考
給食		650円	希望者のみ
作業着		無償	
合 計			

【受講生に無償で配布するもの】

教科書名・制服等	出版社名等	備考

※オリジナルの教科書等の場合は、出版社名等の欄に「オリジナル」と記載

訓練実施運営体制表

提案訓練コース:作業実務コース

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	
就職支援担当者	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	第1号職場適応援助者
	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
PC技能習得コース 作業実務コース 特別支援学校早期訓練 コース【座学型】 提案機関のみ記載	氏 名	
	常勤・非常勤の別	
	経験年数	
	資格・免許等	

誓 約 書

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

平成 年 月 日付で申請した平成30年度障害者委託訓練提案に係わる内容について、下記のとおり誓約します。

提案書様式1の日付を
記入する。

記

1 提案コース名 作業実務コース

2 訓練実施施設名

3 誓約内容

(1) 提出する書類について事実と相違ないこと。

(2) 認定を受けた提案内容について提案内容を遵守し実施すること。