

令和2年度
(2020年度)

障害者委託訓練 実践能力習得訓練コース エントリーシート

委託先用

チェックボックス：該当 非該当

※情報公開：ハローワーク、障害者福祉機関、企業募集資料等及び当校HPへの掲載（企業名称は除く） 可 否

訓練科名					
訓練場所					
訓練概要					
習得目標					
訓練期間	標準訓練日数	月数	1日の 訓練時間等	時 分	時 分
	日/月	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月		実訓練時間	時間 分
訓練休日	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
訓練希望時期	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
施設状況	① エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		② 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	③ 階段手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		④ 車いす使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
対象障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害（ <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部障害 備考				
	<input type="checkbox"/> 知的障害				
	<input type="checkbox"/> 精神障害				
	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 難病				
	<input type="checkbox"/> その他の障害（ ） 備考				
1回の訓練可能人数	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人				
訓練受け入れ条件					
訓練実施場所	名 称				
	所在地				
	最寄駅				
	バス停				
	担当者 役職・氏名				
	連絡先 TEL FAX				
受託機関	名 称				
	所在地				
	代表者 役職・氏名				
	担当者 役職・氏名				
	連絡先 TEL FAX mail				
補助金などの受給施設の場合に記載してください	施設種別	<input type="checkbox"/> 授産施設 <input type="checkbox"/> 小規模授産施設 <input type="checkbox"/> その他			
	指導員数	名（うち、指定基準、最低基準内の職員数 名）			
	施設の定員	名 現在の人数 名（うち、補助金受給対象者 名）			
【備考】					
◆労働保険（雇用保険と労災保険）に未加入の事業所はエントリーできません。 加入状況について、該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 雇用保険に加入しています <input type="checkbox"/> 労災保険に加入しています					
◆事業所としての規模をお知らせください（委託料の上限額が異なります）。 <input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> その他の企業					
注）中小企業とは					
		資本金の額・出資の総額		常時雇用する労働者数	
小売業（飲食店を含む）		5,000万円以下		50人以下	
サービス業		5,000万円以下		100人以下	
卸売業		1億円以下		100人以下	
ゴム製品製造業		3億円以下		900人以下	
ソフトウェア業または情報処理サービス		3億円以下		300人以下	
旅館業		5,000万円以下		200人以下	
その他の業種		3億円以下		300人以下	

⑧個人情報が含まれていますので、取り扱いに注意します。

障害者委託訓練 実践能力習得訓練コース エントリーシート

障害者委託訓練カリキュラム

訓練科名				
訓練内容	訓練項目		時間数	
	学科			
			小 計	
	実技			
		小 計		
総訓練時間数				

※訓練内容を学科と実技に分け、時間数をそれぞれ記載してください。

訓練設備、指導体制、就職支援等

訓練する際に使用する設備、指導員の配置、就職支援の取り組みについて記載してください。

訓練設備	指導体制	就職支援

訓練で必要になるもの

品 目	規 格	備 考
服装		
靴		
昼食		