


令和4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

該当：● 非該当：空白

訓練科名							
訓練場所							
訓練概要							
習得目標							
訓練時間等	標準訓練日数	開始時間	終了時間	休憩	1日の訓練時間	訓練休日	
	日/月	～		分			
	その他の詳細						
訓練希望時期							
施設状況	エレベーター	洋式トイレ	階段手すり	車いす使用			
対象障害者	身体障害	知的障害	精神障害	発達障害	高次脳機能障害	難病	その他障害
		身体の場合の 対象障害	上肢	下肢	視覚	聴覚	内部障害
	備考 ()						
1回の訓練可能人数	() 1人 () 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 連絡先	役職・氏名					
		TEL	FAX				
受託機関	名称						
	所在地						
	代表者	役職・氏名					
	担当者 連絡先	役職・氏名					
		TEL	FAX				
		mail					
	雇用保険加入	労災保険加入	中小企業	※1 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。			
	※1	※1	※2	※2 事業者としての規模をお知らせください（下欄参照）。委託料上限が異なります。			

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

Ⓣ 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 ※1 か月または2 か月コースのカリキュラムを掲載しています。

訓練科名			
訓練項目		訓練細目	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

(1) 訓練の際に使用する設備

(2) 指導体制

(3) 訓練で必要になるもの

品 目	規 格	備 考