

# 障害者委託訓練提案書

(作業実務コース・デュアルシステムコース)

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

令和 年 月 日

〔申請者〕	所在地	〒266-0014	千葉市緑区〇〇〇〇
	提案機関	株式会社 △△△△	
	代表者職・氏名	代表取締役 千葉 太郎	
	連絡先	043-〇〇〇-〇〇〇〇	

千葉県が実施する令和6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。

訓練コース名	<input checked="" type="checkbox"/> 作業実務コース <input type="checkbox"/> デュアルシステムコース			
訓練科名	〇〇〇科（基礎から学べるPC技能習得科など）			
新規・継続申請の別	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続			
担当者氏名	千葉 二郎	TEL	043-〇〇〇-〇〇〇〇	
		FAX	043-〇〇〇-〇〇〇〇	
メールアドレス	〇〇〇@×××			
訓練実施施設名	〇〇〇〇			
訓練実施施設所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉市緑区〇〇〇〇			
最寄駅・バス停	JR鎌取駅 農業センター入口バス停	最寄駅・バス停からの距離 所要時間	200m・徒歩 5分	
	<input checked="" type="checkbox"/> 様式2-2(作業実務コース) <input type="checkbox"/> 様式2-3(デュアルシステムコース)			
指導体制	指導者数 (委託担当)	5名 (1名)	障害に対する設備面の配慮 身体障害: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 精神障害者:相談窓口設置等	
	就職支援体制	例:就職担当者を配置、個別相談日を設定し相談にあたる 例:就労相談窓口を開設 例:訓練内容に、就職支援(履歴書・経歴書作成)を設定		
	指導形態	<input type="checkbox"/> 集団指導 <input checked="" type="checkbox"/> 個別指導 <input type="checkbox"/> 集団+個別指導	特徴的な指導方法: (ビデオ学習方式等)	
訓練実施に必要なスキル	基礎的なパソコンスキル等(特に必要ない場合は特になしと記入)			
訓練実績	年度	委託訓練生(名)	就職者(名)	その他特記事項
	令和3年	<del>0</del>	<del>0</del>	→受託していない
	令和4年	0	0	→受託したが訓練生いなかった
	令和5年	18	9	→提案用紙記載日までの実績
福祉事業の実施	有	就労継続支援B型	就労移行支援	その他 ( )

(備考)※千葉県立障害者テクノスクール記入欄	千葉県立障害者テクノスクール 受理年月日
------------------------	-------------------------

## 訓練科目・カリキュラム (作業実務コース用)

訓練実施施設名 ○○○○○

訓練科名	料理技術と接客・コミュニケーション習得科										
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	5 時間/日										
訓練日数	20 日/月										
訓練期間	<input type="checkbox"/> 1か月			<input checked="" type="checkbox"/> 2か月					<input type="checkbox"/> 3か月		
総訓練時間	200 時間										
訓練時間	10時00分 ~ 16時00分 (休憩時間 60分) 休憩時間は昼休みの記入										
訓練休日	① . ② . 祝 . その他 ( )										
訓練目標 (具体的に)	○料理技術及び接客・コミュニケーション能力の習得 ○ビジネスマナー等を習得し、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。										
訓練内容 (訓練項目)	例1 調理(包丁の持ち方、切り方等) 例2 清掃作業(作業場の床掃除等) 例3 ビジネスマナーの習得										
	*主な使用器具等: 包丁・モップ・ほうき										
就職を見込める職種・職務	飲食店										
訓練可能な障害	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 【 <input type="checkbox"/> 視覚 (軽度) <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 (相談) <input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 内部    】										
	<input checked="" type="checkbox"/> 知的 (軽度) <input type="checkbox"/> 精神 (相談) <input type="checkbox"/> 発達 (相談) <input type="checkbox"/> その他(高次脳機能障害、難病 等) (軽度)										
	上記の障害に対する備考	聴覚障害は軽度の方									
1回の訓練での同時実施可能人数							3 名				

# 訓練科目・カリキュラム (デュアルシステムコース用)

訓練実施施設名 株式会社〇〇〇〇

訓練科名		IT実務研修科等											
定員		5 人			最低開講人数 2 人			訓練期間		4 か月間			
訓練期間	開始月 (開始月は○)	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	10	11	12	1	2	3 (月)	
	職業能力付与講習	4 日間			※(1~4日間の中で設定)								
	集合訓練(座学等)	2 か月			※(1~3か月の中で設定)								
	職場実習	1 か月			※(1~3か月の中で設定 2か月以上の場合には下記に理由を記載)								
(訓練日時間)	職業能力付与講習	10:00 ~ 13:00			1単位時間		50分		休憩 60分		3 単位時間		
	集合訓練(座学等)	10:00 ~ 16:00			1単位時間		50分		休憩 60分		6 単位時間		
	職場実習	※職場実習訓練実施概要に記入											
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し、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	事務関連職												
訓練可能な障害	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 【 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚(軽度) <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚(相談) <input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 内部    】												
	<input checked="" type="checkbox"/> 知的(軽度) <input checked="" type="checkbox"/> 精神(相談) <input checked="" type="checkbox"/> 発達 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高次脳機能障害、難病等) (軽度)												
	上記の障害に対する備考		視覚障害者と聴覚障害者の同時受け入れは難しい										
訓練の内容	職業能力付与講習	科目	科目の内容									時間	
		ビジネスマナー	あいさつ、マナー 接遇、電話対応 面接の指導 履歴書、職務経歴書の書き方									3 3 3 3	
		職業能力付与講習計											12
		集合訓練(座学等)	ワード初級	文書作成、文書構成、作図									20
			エクセル初級	入力・表計算、関数、データベース									20
	パワーポイント		プレゼンテーション									20	
	電子メール		送受信及び設定について									10	
インターネット	情報収集と活用									20			
(月当たり標準100時間 最低80時間) 集合訓練(座学等)計											90		
職場実習	データ入力	入力業務									75		
	(月当たり標準100時間 最低60時間) 職場実習計											75	
訓練時間合計												177	

軽度か相談、  
選択してください。

職場実習訓練実施概要

訓練実施施設	施設名	株式会社〇〇 〇〇営業所					
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県緑区〇×町〇〇-〇					
	TEL	043-〇〇〇〇-〇〇〇〇			FAX 〇〇@〇〇.jp		
	最寄駅	〇〇〇		駅 (バス停)		〇〇〇	
	最寄駅からの 距離・所要時間	1 km		300 m		20 分	
	訓練内容 (訓練項目)	施設周辺の枯葉集め、施設内のモップ掛け、品出し等 *主な使用器具等( ほうき、ちり取り、モップ、雑巾等 )					
	訓練時間	〇時 〇分 ~ 〇時 〇分 (休憩時間 60 分)			訓練休日	ⓧ ・ ⓧ ・ 祝 その他( )	
	訓練日数/訓練時間	〇 時間/日		〇 日/月		総訓練時間	〇〇 時間
訓練実施施設	施設名	職場実習の訓練実施施設を記入。 複数の訓練実施箇所がある場合は、全て記入する。					
	所在地	〒					
	TEL				FAX		
	最寄駅			駅 (バス停)			
	最寄駅からの 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 分)			訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 その他( )	
	訓練日数/訓練時間	時間/日		日/月		総訓練時間	時間
訓練実施施設	施設名						
	所在地	〒					
	TEL				FAX		
	最寄駅			駅 (バス停)			
	最寄駅からの 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 分)			訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 その他( )	
	訓練日数/訓練時間	時間/日		日/月		総訓練時間	時間

施設・設備等概要書

訓練科名	○○○科		
訓練実施施設名	○○○○○○○○○	訓練受入人数 (最大)	2人

駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 【有】 ( 5台 ※うち障害者用 1台 ) <input type="checkbox"/> 【無】		
駐輪場	<input checked="" type="checkbox"/> 【有】 ( 10台 ) <input type="checkbox"/> 【無】		
施設の状況	<input type="checkbox"/> 独立施設 <input checked="" type="checkbox"/> 建物の1フロア ( 2階 ) <input type="checkbox"/> 建物複数フロア ( フロアー ) <input type="checkbox"/> 建物の1室 <input type="checkbox"/> 建物の複数室 ( 室 ) その他 ( )		
設備 バリアフリー	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 自動ドア <input type="checkbox"/> 引き戸 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 点字ブロック <input checked="" type="checkbox"/> 階段手すり ・その他 ( )		
権利関係 建物の	【訓練場所】 <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸(契約書写しを添付すること) 【面接・面談場所】 <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸		
福利厚生設備	<input type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 給茶室 <input checked="" type="checkbox"/> 給茶器 <input checked="" type="checkbox"/> 休憩コーナー <input type="checkbox"/> 自販機 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 電子レンジ <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙コーナー <input type="checkbox"/> ロッカー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <hr/> 【昼食の場所】 <input type="checkbox"/> 教室 <input checked="" type="checkbox"/> 休憩コーナー <input type="checkbox"/> その他 ( )		
トイレ	個所数( 1 )個所 <input checked="" type="checkbox"/> 男女別 <input type="checkbox"/> 男女兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 教室フロアーと同じフロアー <input type="checkbox"/> 教室フロアーと別のフロアー <hr/> 身障者用(車椅子対応)トイレ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
その他の設備等	○その他の設備等(ありましたら記入して下さい)		

<p>教室環境（面積と定員）</p>	<p>教室延べ面積 45 m<sup>2</sup> …①</p> <table border="1" data-bbox="304 259 1426 371"> <tr> <td>A教室</td> <td>20 m<sup>2</sup></td> <td>5名</td> <td>C教室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>B教室</td> <td>25 m<sup>2</sup></td> <td>5名</td> <td>D教室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>名</td> </tr> </table> <p>面接・面談場所面積 10 m<sup>2</sup> …②</p> <p>合計面積(①～②計) 55 m<sup>2</sup></p>	A教室	20 m <sup>2</sup>	5名	C教室	m <sup>2</sup>	名	B教室	25 m <sup>2</sup>	5名	D教室	m <sup>2</sup>	名		
A教室	20 m <sup>2</sup>	5名	C教室	m <sup>2</sup>	名										
B教室	25 m <sup>2</sup>	5名	D教室	m <sup>2</sup>	名										
<p>PC及びネットワーク環境について ※PCを使用する場合に記入</p>	<p>パソコン 12 台 (受講生用 10 台、講師用 2 台)</p> <p>メーカー、機種 ○○○○ デスクトップ</p> <p>CPU インテル コアi3      メモリー 4GB      OS Windows10</p> <p>ワープロソフト Word Ver 2016      表計算ソフト Excel Ver 2016</p> <p>その他訓練に係るソフト Power Point 2016 Outlook2016</p> <p>プリンタ 3 台</p> <p>プロジェクター 1 台</p> <p>インターネット回線種別 光専用回線 (専用回線、光ケーブル……など)</p> <p>LAN <input checked="" type="checkbox"/> 有線LAN ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無線LAN</p> <p>障害者用機器等 <input type="checkbox"/> 障害者用キーボード      <input type="checkbox"/> 拡大読書器 <input checked="" type="checkbox"/> 画面拡大ソフト      <input type="checkbox"/> 音声化ソフト</p> <p>その他( )</p>														
<p>訓練時間日程</p>	<p>訓練時間 10 : 00 ~ 15 : 50 (昼休み 11 : 50 ~ 13 : 00 )</p> <table border="1" data-bbox="373 1529 963 1854"> <tr> <td>1時限目</td> <td>10 : 00 ~ 10 : 50</td> </tr> <tr> <td>2時限目</td> <td>11 : 00 ~ 11 : 50</td> </tr> <tr> <td>3時限目</td> <td>13 : 00 ~ 13 : 50</td> </tr> <tr> <td>4時限目</td> <td>14 : 00 ~ 14 : 50</td> </tr> <tr> <td>5時限目</td> <td>15 : 00 ~ 15 : 50</td> </tr> <tr> <td>6時限目</td> <td>: ~ :</td> </tr> <tr> <td>7時限目</td> <td>: ~ :</td> </tr> </table>	1時限目	10 : 00 ~ 10 : 50	2時限目	11 : 00 ~ 11 : 50	3時限目	13 : 00 ~ 13 : 50	4時限目	14 : 00 ~ 14 : 50	5時限目	15 : 00 ~ 15 : 50	6時限目	: ~ :	7時限目	: ~ :
1時限目	10 : 00 ~ 10 : 50														
2時限目	11 : 00 ~ 11 : 50														
3時限目	13 : 00 ~ 13 : 50														
4時限目	14 : 00 ~ 14 : 50														
5時限目	15 : 00 ~ 15 : 50														
6時限目	: ~ :														
7時限目	: ~ :														
<p>新型コロナウイルス対策</p>	<p>・入室時に手指のアルコール消毒をする。 (5類に移行していますので、実施している範囲で構いません。)</p>														

画像を添付して下さい。

訓練場所



面談場所

※面接・面談場所は、面接内容が第三者に聞かれない場所(環境)を確保すること。



登記簿または契約書のデータについては別途添付すること。





【 訓練 日程表 対象の訓練科名を記入 訓練実施施設名: デュアル

訓練科名		介護技能習得科												初級		訓練期間 令和6年6月3日 ~ 令和6年8月30日 【3ヶ月】												総訓練時間: 273						
6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	6月合計		
	訓練内容	開講式		開講式	介護初級講	介護初級講	介護初級講座3	介護初級講座4			職業能力付与講座1	職業能力付与講座2	職業能力付与講座3	職業能力付与講座4	介護中級講座5			介護中級講座6	介護上級講座1	介護上級講座2	介護上級講座3	介護上級講座			国家試験問題	国家試験問題	国家試験問題	国家試験問題	国家試験問題					
	時数			0	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5				95	
7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	7月合計	
	訓練内容	介護実技基礎1	介護実技基礎2	介護実技基礎3	介護実技基礎4	介護実技基礎5			介護実技基礎6	介護実技基礎7	介護実技基礎8	介護実技基礎9	中間テスト				中間テスト	中間テスト	介護実技応用1	介護実技応用2			介護実技応用3	介護実技応用4	介護実技応用5				総合テスト	総合テスト	総合テスト			
	時数	5	5	5	5	5			5	5	5	5	6				6	6	5	5			5	5	5	5						93		
8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	8月合計	
	訓練内容	職場実習	職場実習			職場実習	職場実習	職場実習	職場実習	職場実習			職場実習							職場実習	職場実習	職場実習	職場実習	職場実習	職場実習			職場実習	職場実習	職場実習	職場実習	職場実習		閉講式
	時数	5	5			5	5	5	5	5			5								5	5	5	5	5			5	5	5	5	0		85

委託訓練日程表(デュアルシステムコース職場実習)

訓練実施施設名(株式会社〇〇〇〇 〇〇営業所) 訓練科名( 〇〇〇〇科 )

訓練期間 : 8月1日(木曜日) ~ 8月30日(金曜日) 受講者氏名( 〇〇 太郎 )

訓練時間 : 9時00分~ 15時00分 (休憩時間60分)

( )月分

日	曜日	訓練内容	訓練時間
1	木	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
2	金	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
3	土		
4	日		
5	月	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
6	火	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
7	水	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
8	木	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
9	金	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
10	土		
11	日		
12	月	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
13	火		
14	水		
15	木		
16	金		
17	土		
18	日		
19	月	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
20	火	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
21	水	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
22	木	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
23	金	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
24	土		
25	日		
26	月	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
27	火	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
28	水	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
29	木	入浴介助、食事介助、清拭介助、清掃等	5
30	金	閉講式	0
31	土		
合計			85

【注意】

- (1) 訓練が月の途中から始まる場合、訓練期間の設定にご注意ください。
- (例) 6月13日開始の訓練の場合
  - ・1ヶ月訓練→7月12日まで
  - ・2ヶ月訓練→8月12日まで
  - ・3ヶ月訓練→9月12日まで
- (2) 1回の訓練が2ヶ月以上にわたる場合は、月ごとに1枚の用紙を使用してください。
- (例) 6月13日~7月12日の1ヶ月訓練の場合
  - ・6月13日~6月30日で1枚
  - ・7月 1日~7月12日で1枚
  - 計2枚の用紙を使用
- (3) 1ヶ月の訓練時間は各コースとも標準100時間です。
- (4) 開講式と閉講式に要した時間は訓練時間から除いてください。
- (5) 雇用保険受給中の訓練生は開講式と閉講式の日公共職業安定所へ手続きに行きますのでご配慮ください。

## 使用教科書等

訓練科名	科
訓練実施施設名	

## 【受講者負担で購入するもの】

教科書名・制服等	出版社名等	価格(税込)円	備考
介護初級講座	〇〇出版	2,000円	
介護中級講座	〇〇出版	2,000円	
介護上級講座	〇〇出版	2,000円	
介護実技応用	〇〇出版	3,000円	
問題集	〇〇出版	3,000円	
USBメモリー 8GB			各自購入
合 計(税込)		12,000円	

## 【受講者に無償で配布するもの】

教科書名・制服等	出版社名等	備考
制服		クリーニング後返却

※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

訓練科名	
訓練実施施設名	

責任者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇@abc.chiba.lg.jp
実質事務担当者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇@abc.chiba.lg.jp
就職支援責任者	氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	043-〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇@abc.chiba.lg.jp
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	介護福祉士
	氏名	〇〇 〇〇
	常勤・非常勤の別	非常勤
	経験年数	6年
	資格・免許等	介護福祉士
	氏名	
	常勤・非常勤の別	
	経験年数	
	資格・免許等	

職業訓練サービスガイドライン研修について  
 障害者委託訓練については、「職業訓練サービスガイドライン研修」の受講は必須要件ではありませんが、受講勧奨の対象となっております。受講実績のある場合は、受講者氏名・有効期限をご記入ください。

※ 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

職業訓練サービスガイドライン研修について

職業訓練サービスガイドライン研修受講実績	<input checked="" type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講
受講者氏名	〇〇 〇〇	
有効期限	2025/5/31	

## 損害保険等の加入状況届け

令和6年6月3日

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

(申請者) 所在地 千葉市緑区〇〇〇〇  
設置者 株式会社 △△△△  
代表者職・氏名 代表取締役 千葉 太郎

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 株式会社〇〇〇〇

2 保険の加入状況  加入している

加入保険会社名

(※契約書写しを添付すること)

加入していない

障害者委託訓練 提案書類一覧

提出日:令和 年 月 日

提案機関名	
訓練科名	

[誓約書以外は全て電子データにてcsg-itaku@pref.chiba.lg.jpまで提出すること。](mailto:csg-itaku@pref.chiba.lg.jp)

No.	様式番号	様式名	提案機関 チェック欄	テクノスケー ル チェック欄
1	様式1	障害者委託訓練提案書	✓	
	様式2-2	訓練科目・カリキュラム(作業実務コース用)		
	様式2-3	訓練科目・カリキュラム(デュアルシステムコース用)	✓	
3	様式3	施設・設備等概要書 (※1)	✓	
	添付書類 (※2)	A訓練場所及び面接・面談場所の画像を提出	✓	
		B訓練実施施設を所有→不動産登記簿謄本(写)を提出	✓	
		C訓練実施施設を賃貸→賃貸借契約書(写)を提出		
4	様式4-1	訓練日程表 (※3)	✓	
5	様式4-2	委託訓練実践日程表(デュアルシステムコース職場実習)		
5	様式5	使用教科書等 (※4)	なし	
6	様式6	訓練実施運営体制表 (※5)		
7	様式7	損害保険等の加入状況届け (※6)		
8	様式8	障害者委託訓練 提案書類一覧	✓	
9		誓約書 ※持参又は郵送		

※1 訓練実施施設が複数ある場合については、この用紙を複製し施設ごとに作成する。

※2 Aについては全体が映った画像  
B・Cについては訓練実施施設の自己所有または賃貸に応じて、いずれかを提出する。

※3 作業実務コース、デュアルシステムコースに関して、訓練開始日を指定しない場合は後日提出

※4 使用教材等がない場合は、「なし」と記載して提出する。

※5 委託先機関として内定後に提出する。

※6 委託先機関として内定後に提出する。(訓練にPCを使用する場合のみ)