

障害者委託訓練提案書

(PC技能習得・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	〒
	提案機関	
	代表者職・氏名	
	連絡先	

千葉県が実施する令和7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 type="checkbox"/> PC技能習得コース <input 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			
新規・継続申請の別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		
担当者氏名	TEL		
	FAX		
メールアドレス			
訓練実施施設名			
訓練実施施設所在地	〒		
最寄駅・バス停		最寄駅・バス停からの距離所要時間	
訓練科目・カリキュラム	別紙のとおり <input type="checkbox"/> 様式2-1 (PC技能習得コース) <input 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)	障害に対する設備面の配慮	
	就職支援体制		
	指導形態	<input type="checkbox"/> 集団指導 <input type="checkbox"/> 個別指導 <input type="checkbox"/> 集団+個別指導 特徴的な指導方法：	
訓練実施に必要なスキル			
訓練実績	年度	委託訓練生(名)	就職者(名)
	令和4年		
	令和5年		
	令和6年		
福祉事業の実施	無	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 (PC技能習得コース用)

訓練実施施設名：

訓練科名							内容レベル	<input type="checkbox"/> 初級	<input type="checkbox"/> 中級			
定員	人	最低開講人数	人	訓練期間	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)												
訓練目標 (具体的に)												
仕上がり像												
就職を見込める職種・職務												
訓練可能な障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 【 <input type="checkbox"/> 視覚(軽度) <input type="checkbox"/> 聴覚(相談) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 内部 】											
	<input type="checkbox"/> 知的(軽度) <input type="checkbox"/> 精神(相談) <input type="checkbox"/> 発達(軽度) <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											
訓練の内容(訓練項目)	学科	科目	科目の内容							時間	左の内 PC使用 時間数	
	訓練時間小計							0	0			
	実技											
訓練時間小計							0	0				
訓練時間合計							0	0				

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												
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	時間/日											
訓練日数	日/月											
訓練期間	<input type="checkbox"/> 1か月				<input type="checkbox"/> 2か月				<input type="checkbox"/> 3か月			
総訓練時間	時間											
訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分) 休憩時間は昼休みを記入											
訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 ・ その他 ()											
訓練目標 (具体的に)												
訓練内容 (訓練項目)												
	*主な使用器具等：											
就職を見込める職種・職務												
訓練可能な障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 【 <input type="checkbox"/> 視覚 (軽度) <input type="checkbox"/> 聴覚 (相談) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 内部 】 <input 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											
	1回の訓練での同時実施可能人数						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：

訓練科名													
定員	人	最低開講人数	人	訓練期間	か月間								
訓練期間	訓練実施月 (開始月は○)	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	(月)
	職業能力講座						日間	※(1~4日間の中で設定)					
	集合訓練(座学等)						か月	※(1~5か月の中で設定)					
	職場実習						か月	※(1~3か月の中で設定 2か月以上の場合は下記に【理由】を記載)					
		【理由】											
1日時間	職業能力講座	:	~	:	1 単位時間			分	休憩	分	単位時間		
	集合訓練(座学等)	:	~	:	1 単位時間			分	休憩	分	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)													
仕上り像													
就職を見込める 職種・職務													
訓練可能な障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 【 <input type="checkbox"/> 視覚(軽度) <input type="checkbox"/> 聴覚(相談) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 内部 】												
	<input type="checkbox"/> 知的(軽度) <input type="checkbox"/> 精神(相談) <input type="checkbox"/> 発達 <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												
訓練の内容	科目	科目の内容								時間			
	職業能力講座												
		職業能力講座計								0			
	集合訓練(座学等)												
		(月当たり標準100時間 最低80時間)								集合訓練(座学等)計		0	
職場実習													
	(月当たり標準100時間 最低60時間)								職場実習計		0		
訓練時間合計										0			

職場実習訓練実施概要

訓練 実 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			k m			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				訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 その他 ()	
		(休憩時間 分)						
訓練日数/訓練時間			時間/日	日/月		総訓練時間	時間	
訓練 実 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			k m			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				訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 その他 ()	
		(休憩時間 分)						
訓練日数/訓練時間			時間/日	日/月		総訓練時間	時間	
訓練 実 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			k m			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				訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝 その他 ()	
		(休憩時間 分)						
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			
訓練実施施設名		訓練受入人数 (最大)	人
駐 車 場	<input type="checkbox"/> 【有】 (台 ※うち障害者用 台) <input type="checkbox"/> 【無】		
駐 輪 場	<input type="checkbox"/> 【有】 (台) <input type="checkbox"/> 【無】		
施 設 の 状 況	<input type="checkbox"/> 独立施設 <input type="checkbox"/> 建物の1フロア (階) <input type="checkbox"/> 建物複数フロア (フロア) <input type="checkbox"/> 建物の1室 <input type="checkbox"/> 建物の複数室 (室) その他 ()		
バ リ ア ー フ リ ー	<input 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 type="checkbox"/> 階段手すり ・その他 ()		
権 利 関 係	【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 type="checkbox"/> 給茶室 <input type="checkbox"/> 給茶器 <input 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 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 type="checkbox"/> 休憩コーナー <input type="checkbox"/> その他 ()		
ト イ レ	個所数 () 個所 <input type="checkbox"/> 男女別 <input type="checkbox"/> 男女兼用 <input type="checkbox"/> 教室フロアと同じフロア <input type="checkbox"/> 教室フロアと別のフロア <hr/> 身障者用 (車椅子対応) トイレ: <input type="checkbox"/> 有 <input 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)		

画像を添付して下さい。

訓練場所

画像を貼り付け

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。

画像を貼り付け

※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 】

訓練実施施設名:

PC

訓練科名		初級		訓練期間		令和7年6月1日 ~ 令和7年8月31日		【 3ヶ月 】		総訓練時間:		0																							
6月	日	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	1			
	曜	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	金	土	日	月	火			
	訓練内容																																		
時数																																			
											月合計		0																						
7月	日	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			
	曜	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			
	訓練内容																																		
時数																																			
											月合計		0																						
8月	日	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			
	曜	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	金	土	日			
	訓練内容																																		
時数																																			
											月合計		0																						

委託訓練実践日程表(デュアルシステムコース職場実習)

訓練実施施設名 () 訓練科名: ()

訓練期間 : 月 日 (曜日) ~ 月 日 (曜日) 受講者氏名 ()

訓練時間 : 時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分)
() 月分

日	曜日	訓練内容	訓練時間
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			
合計			0

【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
→ ①6月13日～6月30日で1枚
②7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
合計(税込)		0	

【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

※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	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	
実質事務担当者	氏 名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	
就職支援責任者	氏 名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	
講 師	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	
	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。

【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 type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講
受講者氏名		
有効期限		

損害保険等の加入状況届け

令和 年 月 日

千葉県立障害者テクノスクール校長 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

 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。

No.	様式番号	様式名	提案機関 チェック欄	テクノスクール チェック欄
1	様式1	障害者委託訓練提案書		
2	様式2-1	訓練科目・カリキュラム（PC技能習得コース用）		
	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	A訓練場所及び面接・面談場所の画像を提出（※2）		
		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）		
	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）		
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）