

障害者委託訓練提案書・記入例

(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 6年 11月 〇日

訓練内容を表す名称にしてください。

〔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	PC、作業、デュアルのどれかを選択してください。

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 checked="" 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	〇〇〇科 (基礎から学べるPC技能習得科)				
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	〒266-0014	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		
訓練科目・カリキュラム	別紙のとおり <input checked="" 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)	5名 (2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 精神障害者:相談窓口設置		
	就職支援体制	就職担当者を配置、個別相談日を設定し相談にあたる 就労相談窓口を開設 訓練内容に、就職支援(履歴書・経歴書作成)を設置			
	指導形態	<input checked="" 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: 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4年			令和5年度P検3級3名合格 令和6年度P検4級1名合格	
	令和5年	4	2		
	令和6年	3	1		
福祉事業の実施	有	就労移行支援	就労継続支援A型	就労継続支援B型	その他 ()

(備考) ※千葉県立障害者テクノスクール記入欄

有か無を選択してください。

就労移行、A型、B型、その他を選択してください。

千葉県立障害者テクノスクール
受理年月日

就労移行、A型、B型、その他を選択してください。

訓練科目・カリキュラム (PC技能習得コース用)

開始月に○が付くように選択してください。

訓練実施施設名： ○○パソコン教室

訓練科名	基礎から学べるPC技能習得科				内容レベル	<input checked="" type="checkbox"/> 初級	<input type="checkbox"/> 中級					
定員	10 人	最低開講人数	2 人	訓練期間	3 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)	10:00~15:50 (1単位時間50分 休憩10分 昼食休憩50分 5単位時間)											
訓練目標 (具体的に)	××や×× (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することにより、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。											
仕上がり像	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	パソコンを使った事務系業務全般 (一般事務、営業補佐)											訓練可能な障害種すべてを選択してください。
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 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 checked="" type="checkbox"/> 精神 (相談) <input checked="" type="checkbox"/> 発達 (軽度) <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	聴覚障害は軽度の方										
視覚、聴覚、知的、精神、発達、その他の障害については、軽度か相談を選択してください。												
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	
		就職支援	ビジネスマナー、履歴書、職務経歴書の書き方							30	6	
			面接時の基本的な留意点							5	6	
	訓練時間小計							35	12			
	実技	インターネット・メール	ビジネスにおけるインターネットの活用方法							30	30	
		ワード2016	ワード基礎及び表作成、図形作成							90	90	
		○○○	×××							65	65	
		○○○	×××							74	74	
	訓練時間小計							259	259			
	訓練時間合計							294	271			

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) 休憩時間は昼休みを記入										
訓練休日	① . ② . 祝 . その他 (会社カレンダーによる休日あり)										
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 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 (相談) <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	発達障害の方は要相談								視覚、聴覚、知的、精神、発達、その他の障害については、軽度か相談を選択してください。	
	1回の訓練での同時実施可能人数						2 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

訓練開始月に○が付くように選択してください。

訓練科名	I T 実務研修科												
定員	5 人	最低開講人数	2 人	訓練期間	4 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						4 日間	※ (1~4日間の中で設定)					
	集合訓練 (座学等)						3 か月	※ (1~5か月の中で設定)					
	職場実習						1 か月	※ (1~3か月の中で設定 2か月以上の場合は下記に【理由】を記載)					
1日時間	職業能力講座	13:00	~	16:00			1 単位時間	50 分	休憩	10 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	5 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 (相談) <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	聴覚障害と視覚障害者の同時受け入れは難しい											
訓練の内容	職業能力講座	科目	科目の内容								時間		
		ビジネスマナー	あいさつ、ビジネスマナー 接遇、電話対応 履歴書の書き方 面接の仕方								3 3 3 3		
		職業能力講座計											12
		集合訓練 (座学等)	ワード初級	文書作成、文書構成、作図								110	
	エクセル初級		入力・表計算、関数、データベース								120		
	パワーポイント		プレゼンテーション								50		
	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								10				
(月当たり標準100時間 最低80時間)											集合訓練 (座学等) 計	300	
職場実習	データ入力・軽作業	入力業務・事務系作業								66			
	(月当たり標準100時間 最低60時間)											職場実習計	66
訓練時間合計											378		

職場実習訓練実施概要

訓練 実 施 設	施設名	株式会社〇〇 〇〇営業所						
	所在地	〒 264-〇〇〇〇 千葉県若葉区〇〇〇〇						
	TEL	043-〇〇〇-〇〇〇〇			FAX	043-〇〇〇-〇〇〇〇		
	最寄駅	JR〇〇線 〇〇 駅 (バス停) 農業センター入口						
	最寄駅からの 距離・所要時間	10 km		500 m		40 分		
	訓練内容 (訓練項目)	○入力作業を通して、業務で確実に使いこなすPC操作能力を身につける。 *主な使用器具等 (パソコン)						
	訓練時間	9時00分 ~ 16時00分 (休憩時間 60 分)			訓練休日	ⓧ ・ ⓧ ・ 祝 その他 (会社カレンダーによる休日あり)		
	訓練日数/訓練時間	6 時間/日		11 日/月		総訓練時間	66 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 (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 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 (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】 (10台 ※うち障害者用 2台) <input type="checkbox"/> 【無】	駐車場や駐輪場が有るか無いか選択してください。
駐 輪 場	<input checked="" type="checkbox"/> 【有】 (10台) <input type="checkbox"/> 【無】	
施 設 の 状 況	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 自動ドア <input type="checkbox"/> 引き戸 <input checked="" type="checkbox"/> スロープ <input checked="" type="checkbox"/> 点字ブロック <input checked="" type="checkbox"/> 階段手すり ・その他 ()	
権 利 関 係	【訓練場所】 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸	自己所有か賃貸か選択してください。
福 利 厚 生 設 備	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 給茶室 <input type="checkbox"/> 給茶器 <input checked="" type="checkbox"/> 休憩コーナー <input type="checkbox"/> 自販機 <input checked="" type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input checked="" type="checkbox"/> 電子レンジ <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙コーナー <input checked="" type="checkbox"/> ロッカー <input type="checkbox"/> その他 () 【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 身障者用 (車椅子対応) トイレ: <input checked="" 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)	

教室環境 (面積と定員)	教室延べ面積 <u>45 m² …①</u>				
	<table border="0"> <tr> <td><u>A教室</u> <u>45 m²</u> <u>○名</u></td> <td><u>C教室</u> <u>m²</u> <u>名</u></td> </tr> <tr> <td><u>B教室</u> <u>m²</u> <u>名</u></td> <td><u>D教室</u> <u>m²</u> <u>名</u></td> </tr> </table>	<u>A教室</u> <u>45 m²</u> <u>○名</u>	<u>C教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>	<u>B教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>	<u>D教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>
	<u>A教室</u> <u>45 m²</u> <u>○名</u>	<u>C教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>			
	<u>B教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>	<u>D教室</u> <u>m²</u> <u>名</u>			
面接・面談場所面積 <u>10 m² …②</u>					
合計面積(①～②計) <u>55 m²</u>					
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	パソコン <u>12台</u> (受講生用 <u>10台</u> 、講師用 <u>2台</u>)				
	メーカー、機種 <u>〇〇〇〇 デスクトップ</u>				
	CPU <u>インテル コアi3</u> メモリー <u>4GB</u> OS <u>Windows11</u>				
	ワープロソフト <u>Word</u> Ver <u>2016</u> 表計算ソフト <u>Excel</u> Ver <u>2016</u>				
	その他訓練に係るソフト <u>Power Point 2016 Outlook2016</u>				
	プリンタ <u>3台</u>				
	プロジェクター <u>1台</u>				
	インターネット回線種別 <u>光ケーブル</u> (専用回線、光ケーブル……など)				
	LAN <input type="checkbox"/> 有線LAN ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無線LAN				
	障害者用機器等 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者用キーボード <input checked="" type="checkbox"/> 拡大読書器 <input checked="" type="checkbox"/> 画面拡大ソフト <input checked="" type="checkbox"/> 音声化ソフト その他()				
訓練時間 日程	訓練時間 <u>10 : 00 ~ 17 : 50</u> (昼休み <u>11 : 50 ~ 13 : 00</u>)				
	1時限目 <u>10 : 00 ~ 10 : 50</u>				
	2時限目 <u>11 : 00 ~ 11 : 50</u>				
	3時限目 <u>13 : 00 ~ 13 : 50</u>				
	4時限目 <u>14 : 00 ~ 14 : 50</u>				
	5時限目 <u>15 : 00 ~ 15 : 50</u>				
	6時限目 <u>16 : 00 ~ 16 : 50</u>				
	7時限目 <u>17 : 00 ~ 17 : 50</u>				
新型コロナウイルス 感染防止対策	手指用消毒液、電子体温計を用意し使用している。				

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。



※登録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：〇〇〇〇パソコン教室

PC

訓練科名		PCスキルアップで資格取得コース		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		295																			
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		開講式	ワード入力方法	ワード入力方法	ワード入力方法	ワード入力方法			Excelの作成・編集	Excelの作成・編集	訓練内容の概要を記入する																					
	時数		0	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5		100
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	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5				5	5	5	5			5	5	5	5	110
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	○			○	○	○	○	○				○	○					○	○	○	○	○				○	○	○	○	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 (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 : 〇月〇日(〇曜日) ~ 〇月〇日(〇曜日) 受講者氏名 (〇〇 〇〇)

訓練時間 : 9時00分~ 16時00分 (休憩時間60分)

(〇) 月分

日	曜日	訓練内容	訓練時間
1	金		
2	土		
3	日		
4	月	開講式8:45~入力業務・事務軽作業等	6
5	火	入力業務・事務軽作業等	6
6	水	入力業務・事務軽作業等	6
7	木	入力業務・事務軽作業等	6
8	金	入力業務・事務軽作業等	6
9	土		
10	日		
11	月	入力業務・事務軽作業等	6
12	火	入力業務・事務軽作業等	6
13	水	入力業務・事務軽作業等	6
14	木	入力業務・事務軽作業等	6
15	金	入力業務・事務軽作業等	6
16	土		
17	日		
18	月	入力業務・事務軽作業等	6
19	火	入力業務・事務軽作業等 閉講式16:00~	6
20	水		
21	木		
22	金		
23	土		
24	日		
25	月		
26	火		
27	水		
28	木		
29	金		
30	土		
31	日		
合計			72

【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	基礎から学べるPC技能習得科
訓練実施施設名	〇〇パソコン教室

【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
Word 2024 演習問題集		2,200	
Excel 2024 演習問題集		2,200	
MOS Word Expert 問題集		3,300	
MOS Excel Expert 問題集		3,300	
USBメモリー 8GB			各自購入
合計(税込)		11,000	

【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
ワード入門	オリジナル	無償配布
エクセル入門	オリジナル	無償配布

※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	基礎から学べるPC技能習得科
訓練実施施設名	〇〇パソコン教室

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	キャリアコンサルタント 日商ES実践能力検定2級
	氏名	〇〇 〇〇
	常勤・非常勤の別	常勤
	経験年数	3年
	資格・免許等	MOSマスター office2007
	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、受講勸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	令和8年5月31日	

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 千葉市緑区〇〇町 〇〇〇番地

設置者 パソコン教室〇〇〇〇

代表者職・氏名 代表 〇〇 〇〇 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	〇〇パソコン教室
訓練科名	〇〇〇科（基礎から学べるPC技能習得科）

[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）