

障害者委託訓練提案書(企業実践コース・特別支援学校早期訓練コース)

令和 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

申請者	所在地	〒		
	提案機関			
	代表者職・氏名			
	連絡先			
		中小企業である		中小企業でない

千葉県が実施する令和4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	企業実践コース			特別支援学校早期訓練コース		
訓練実施施設 <small>※訓練実施施設が複数ある場合は提案様式2に記入</small>	名称:					
	所在地: 〒					
	TEL:			e-mail:		
	最寄駅	駅	施設までの所要時間	※バスを使用する場合は、バス停名・バスの乗車時間、バス停から徒歩:○分を記載ください		
	施設責任者(役職・氏名)					
	連絡担当者(役職・氏名)		TEL:	e-mail:		
訓練目標(具体的に)						
訓練内容(訓練項目)	*主な使用器具等()					
訓練時期	<input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 開始月を限定 (4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12 , 1 , 2 , 3 (月))					
訓練日数	1月あたり ～ 日	訓練期間	1か月	2か月	3か月	総訓練時間 1か月あたり ～ 時間
訓練時間	時 分 ～ 時 分 (休憩時間 分) 内 ～ 時間			訓練休日	土・日・祝日・その他()	
訓練可能障害	<input type="checkbox"/> 身体障害 (<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> いす) <input type="checkbox"/> 部障害)					
	<input type="checkbox"/> 知的障害		<input type="checkbox"/> 精神障害		<input type="checkbox"/> 発達障害	
	<input type="checkbox"/> その他の障害者(高次脳機能障害、難病 等)				1回の訓練での同時実施可能人数	
	上記の障害に対する備考			名		
訓練実績	年度	委託訓練生(名)	就職者(名)	その他特記事項		
	令和元年					
	令和2年					
	令和3年					
(備考)※千葉県立障害者高等技術専門校記入欄				千葉県立障害者高等技術専門校 受理年月日		

複数施設における訓練実施概要書

訓練実施施設	名 称:					
	所在地: 〒					
	最寄駅		施設までの 所要時間	分		
	施設責任者 (役職・氏名)					
	連絡担当者 (役職・氏名)			TEL		e-mail
訓練施設・設備	面接・面談場所	有 ・ 無				
	休憩・昼食場所	有 ・ 無				
	駐車場	有 ・ 無				
	車椅子対応	有 ・ 無				
	権利関係 不動産登記簿謄本 (写) もしくは契約書 の写しを添付すること	【訓練場所】 自己所有 ・ 賃貸 【面接場所】 自己所有 ・ 賃貸				
	その他 (福利厚生等)					
備考・特色等						
訓練実施施設	名 称:					
	所在地: 〒					
	最寄駅		施設までの 所要時間	分		
	施設責任者 (役職・氏名)					
	連絡担当者 (役職・氏名)			TEL		e-mail
訓練施設・設備	面接・面談場所	有 ・ 無				
	休憩・昼食場所	有 ・ 無				
	駐車場	有 ・ 無				
	車椅子対応	有 ・ 無				
	権利関係 不動産登記簿謄本 (写) もしくは契約書 の写しを添付すること	【訓練場所】 自己所有 ・ 賃貸 【面接場所】 自己所有 ・ 賃貸				
	その他 (福利厚生等)					
備考・特色等						

訓練施設・設備、指導体制、就職支援等

訓練施設・設備	面接・面談場所	有 ・ 無
	休憩・昼食場所	有 ・ 無
	駐車場	有 ・ 無
	車椅子対応	有 ・ 無
	権利関係 不動産登記簿謄本(写)もしくは契約書の写しを添付すること	【訓練場所】 自己所有 ・ 賃借 不動産登記簿謄本(写) もしくは契約書(写)を添付すること 【面接場所】 自己所有 ・ 賃借
	その他 (福利厚生等)	
指導体制	指導者数	名
	障害に対する配慮	
	指導・支援の実績	
就職支援体制 (取組みについて記入)		
使用テキスト及び受講者負担で購入するもの等 (使用しない際は「なし」と記入)		
備考・特色等		

委託訓練日程表

訓練実施施設名() 訓練コース名()

訓練期間： 月 日(曜日) ~ 月 日(曜日)

訓練時間 時 分 ~ 時 分

()月分 受講者氏名：()

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か月訓練→7月12日まで
 ・2か月訓練→8月12日まで
 ・3か月訓練→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か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に関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。

中 小 企 業 申 告 書

令和 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

(申請者) 所 在 地

提 案 機 関

代表者職・氏名

印

令和4年度障害者委託訓練提案に係わる内容について、下記のとおり申告します。

記

- 1 提案訓練コース名 企業実践コース
 特別支援学校早期訓練【企業実践型】コース

2 訓練実施施設名

3 申告内容

本提案機関は「中小企業における労働力の確保及び良好な雇用の機会の創出のための雇用管理の改善の促進に関する法律」及び「中小企業における労働力の確保及び良好な雇用の機会の創出のための雇用管理の改善の促進に関する法律施行令」に定める中小企業者である。

雇用状況申告書

障害者委託訓練実施につきまして雇用状況を下記のとおり報告します。

令和 年 月 日

千葉県立障害者高等技術専門校長 殿

A 事業主	(ふりがな)	住 所	〒 — —	(1)事業 の種類	産業 分類		(2)事業所 の数	
	法人名称		法人にあって は主たる事業 所の所在地					
	(ふりがな)							
	氏名又は代表者 氏名							
		(TEL — —)						

B 雇 用 の 状 況	区 分	合 計	C 事業所別の内訳					
	(3)適用事業所番号	/	—	—	—	—	—	—
	(4)事業所の名称							
	(5)事業所の所在地							
	(6)事業の内容							
	(7)常用雇用労働者の数							
	(イ) 常用雇用労働者数	0 人	人	人	人	人	人	
(ロ) 短時間労働者数	0 人	人	人	人	人	人		
(ハ) 常用雇用労働者の数 ((イ)+(ロ)×0.5)	0 人	0.0 人	0.0 人	0.0 人	0.0 人	0.0 人		

障害者委託訓練 提案書類一覧

様式番号	様式名	提案機関 チェック欄	専門校 チェック欄
提案様式1	障害者委託訓練提案書		
提案様式2(※1)	複数施設における訓練実施概要書		
添付書類	訓練実施施設を所有→不動産登記簿謄本(写) 訓練実施施設を賃借→契約書(写)		
提案様式3	訓練施設・設備、指導体制、就職支援等		
提案様式4(※2)	訓練日程表		
誓約書	誓約書 ※押印の上郵送にて提出		
中小企業申告書 及び添付書類	①中小企業申告書 ※押印の上郵送にて提出 ②直近で管轄公共職業安定所所長に提出した「障害者 雇用状況申告書」の写しまたは雇用状況報告書の写し (※3)		

※1 訓練実施施設が複数ある場合に提出する。一枚で足りない場合は、この用紙を複製して使用する。

※2 訓練開始決定後に提出すること。

※3 契約時には、登記簿謄本(履歴事項全部証明書、原則として訓練開始日より3か月以内の日付のもの、写し可)を提出していただきます。

誓約書、中小企業申告書及び添付書類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。

