

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)

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	

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。

訓練コース名	<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 様式2-2(作業実務コース) 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	集団指導 個別指導 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)	その他特記事項
	令和元年			
	令和2年			
	令和3年			
福祉事業の実施	有・無	就労継続支援A型 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
------------------------	-------------------------

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 (訓練開始可能月に○)	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	1か月 ・ 2か月 ・ 3か月		
総訓練時間	時間		
訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分) <small>休憩時間は昼休みの記入</small>		
訓練休日	土 ・ 日 ・ 祝日 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 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 (<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 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他(高次脳機能障害、難病等)		
	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
訓練時間(1日)	: ~ : (1単位時間 分 休憩 分 単位時間)				
訓練期間	開始月 (開始月は◎)	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 1 (月)			
	職業能力付与講習	日間	※(1~4日間の中で設定)		
	集合訓練(座学等)	か月	※(1~3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)		
訓練時間 (1日)	職業能力付与講習	: ~ : (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	※現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 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体不自由(<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 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他(高次脳機能障害、難病等)				
	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		科目	科目の内容	時間	
	職業 能力 付 与			職業能力付与講習計	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(在学等)計
	職場 実習				(月当たり標準100時間 最低60時間) 職場実習計
		訓練時間合計			

職場実習訓練実施概要

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・祝日 その他()	
	訓練時間 訓練日数	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・祝日 その他()	
	訓練時間 訓練日数	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・祝日 その他()	
	訓練時間 訓練日数	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	

駐 車 場	【有・無】 (台 ※うち障害者用 台)
駐 輪 場	【有・無】 (台)
施 設 の 状 況	独立施設 ・ 建物の1フロア-(階) ・ 建物の複数フロア-(フロア-) 建物の1室 ・ 建物の複数室(室) ・ その他()
設 備 バ リ ア フ リ ー	・エレベーター ・ 自動ドア ・ 引き戸 ・ スロープ ・ 点字ブロック ・ 階段手すり ・その他()
権 建 利 物 関 の 係	【訓練場所】 自己所有 ・ 賃貸(契約書写しを添付すること) 【面接・面談場所】 自己所有 ・ 賃貸
福 利 厚 生 設 備	食堂 ・ 休憩コーナー ・ 給茶室 ・ 給茶器 ・ 自販器 ・ 冷蔵庫 ・ 電子レンジ 喫煙コーナー ・ ロッカー ・ その他() ○昼食の場所 教室 ・ 休憩コーナー ・ その他
ト イ レ	<u>個所数()個所 男女別 ・ 男女兼用</u> <u>教室フロアーと同じフロアー ・ 教室フロアーと別のフロアー</u> <u>身障者用(車椅子対応)トイレ 有 ・ 無</u>
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 m^2 …①</p> <p>A教室 m^2 名 C教室 m^2 名</p> <p>B教室 m^2 名 D教室 m^2 名</p> <p>面接・面談場所面積 m^2 …②</p> <p>合計面積(①～②計) m^2</p>
<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 台 (受講生用 台、講師用 台)</p> <p>メーカー、機種</p> <p>CPU メモリー OS</p> <p>ワーソフト Ver 表計算ソフト Ver</p> <p>その他訓練に係るソフト</p> <p>プリンタ 台</p> <p>プロジェクター 台</p> <p>インターネット回線種別 (専用回線、光ケーブル…など)</p> <p>LAN 有線LAN・無線LAN</p> <p>その他障害者用機器等 障害者用キーボード・拡大読書器・画面拡大ソフト・音声化ソフト ()</p>
<p>訓練時間日程</p>	<p>訓練時間 : ~ :</p> <p>(昼休み : ~ :)</p> <p>1時限目 : ~ :</p> <p>2時限目 : ~ :</p> <p>3時限目 : ~ :</p> <p>4時限目 : ~ :</p> <p>5時限目 : ~ :</p> <p>6時限目 : ~ :</p> <p>7時限目 : ~ :</p>
<p>新型コロナウイルス 感染防止対策</p>	

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

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。

委託訓練実践日程表 (作業 ・ デュアル)

※どちらかに○をつけてください。

訓練実施施設名() 訓練科名()

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)委託訓練日程表は、各訓練毎に1部ずつ作成してください。
(例)6月~8月と9月~11月の2回

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)	備考
合 計(税込)			/

【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

訓練科名	科
訓練実施施設名	

責任者	氏 名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
実質事務担当者	氏 名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
就職支援責任者	氏 名	
	電話番号	
	FAX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

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

(申請者) 所在地

設置者

代表者職・氏名

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

(○印をつけてください)

() 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: 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。

No.	様式番号	様式名	提案機関 チェック 欄	専門校 チェック 欄
1	様式1	障害者委託訓練提案書		
2	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 B訓練実施施設を所有→不動産登記簿謄本(写)を提出 C訓練実施施設を賃借→賃貸借契約書(写)を提出	(※2)	
4	様式 4-1	訓練日程表(デュアル用)	(※3)	
	様式 4-2	委託訓練実践日程表(作業・デュアル用)		
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)