

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)

千葉県立障害者高等技術専門校長 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	

中小企業である 中小企業ではない

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	<input type="checkbox"/> 企業実践コース		<input type="checkbox"/> 特別支援学校早期訓練コース【企業実践型】									
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	<small>※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</small>								
	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 ()											
訓練施設要望 (必要スキル等)												
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
訓練日数	1月あたり ~ 日					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	その他()		
訓練可能 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 (軽度) <input type="checkbox"/> 発達 (相談) <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											
	令和4年											
	令和5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	〒		
	TEL			
	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)		e-mail:	
訓練施設・設備	面接・面談場所	無		
	休憩・昼食場所	無		
	駐車場	無		
	車椅子対応	無		
	権利関係	【訓練場所】: 自己所有		【面接場所】: 自己所有
	その他 (福利厚生等)			
備考・特色等				
訓練実施施設	名 称			
	所在地	〒		
	TEL			
	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)		e-mail:	
訓練施設・設備	面接・面談場所	無		
	休憩・昼食場所	無		
	駐車場	無		
	車椅子対応	無		
	権利関係	【訓練場所】: 自己所有		【面接場所】: 自己所有
	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	無
	休憩・昼食場所	無
	駐車場	無
	車椅子対応	無
	権利関係	【訓練場所】: 自己所有 【面接場所】: 自己所有
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()

実施期間： 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			
月合計			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
 - ・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には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

設 置 者

代表者職・氏名

印

令和6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									
	(ふりがな)			法人にあつて は主たる事業 所の所在地						
	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	人	人
	(ロ) 短時間労働者数	0 人	人	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	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
様式1	障害者委託訓練提案書		
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)		
	訓練実施施設を賃貸→契約書(写)		
様式3	訓練施設・設備、指導体制、就職支援等		
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ヶ月以内の日付のもの)(写し可) (※3)		
	③直近で管轄公共職業安定所長に提出した「障害 者雇用状況報告書」の写し、または「雇用状況申告 書」		

※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。

※3 訓練開始決定後に提出すること。

誓約書、中小企業報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。