

令和8年度 障害者委託訓練提案書  
(在職者訓練コース:知識・技能習得)

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	〒
	提案機関	
	代表者職・氏名	
	連絡先	TEL:

千葉県が実施する令和8年度障害者委託訓練事業（在職者訓練コース：知識・技能習得）に係る障害者委託訓練提案書を提出します。

訓練コース概要	1 主に事務系		2 主にPC系	
実施機関 (委託先機関)	名称		業務内容	
	所在地			
	最寄駅・バス停		最寄駅・バス停からの 距離所要時間	m / 分
	代表者職・氏名			
	連絡先 担当者		電話番号( ) FAX番号( )	
訓練実施場所	名称		最寄り駅	
	所在地			徒歩・バス ( )分
習得を目指す 技能等				
主な訓練内容 (訓練項目)				
	*主な使用器具等( )			
訓練時期 (可能な月に○を)	8, 9, 10, 11, 12, 1, 2, 3 (月)	訓練休日	土・日・祝日 その他( )	
訓練時間	時 分 ~ 時 分 (休憩時間 分)			

対象障害者	1 視覚障害		2 聴覚障害		同時訓練 可能人数	人  ※内訳がある場合は記入
	3 肢体不自由 ( 上肢 ・ 下肢 )					
	4 内部障害		5 知的障害			
	6 精神障害者		7 発達障害			
	8 高次脳機能障害		9 難病			
	※ 車椅子の方 ( 可 ・ 不可 )					
障害者用設備 (用意されているものに○印)	エレベーター		点字ブロック			
	階段手摺り		障害者用キーボード			
	スロープ		拡大読書器			
	自動ドア・引き戸		画面拡大ソフト			
	洋式トイレ		音声化ソフト			
	障害者用トイレ		駐車場			
	その他障害者に配慮した設備があればご記入ください。					
指導体制	指導者数 (委託担当)	名 (名)	指導体制 特記事項			
福祉事業の実施	有 ・ 無	就労継続A型    就労継続B型    就労移行支援    自立訓練    生活介護 その他( )				
在職者訓練以外の 委託訓練実績	年度	委託訓練受講者(人)	就職者(人)	その他		
	5					
	6					
	7					
(備考)※千葉県立障害者テクノスクール記載欄				受理年月日		

令和8年度 障害者委託訓練提案書  
(在職者訓練コース:知識・技能習得)

令和〇年〇月〇〇日

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

〔申請者〕	所在地	〒291-〇〇〇〇 千葉市緑区〇〇〇〇
	提案機関	〇〇〇〇〇
	代表者職・氏名	理事長 千葉 太郎
	連絡先	TEL:043-〇〇〇-〇〇〇〇

千葉県が実施する令和8年度障害者委託訓練事業（在職者訓練コース：知識・技能習得）に係る障害者委託訓練提案書を提出します。

訓練コース概要	①主に事務系                      2 主にPC系			
実施機関 (委託先機関)	名称	〇〇〇〇〇	業務内容	例 障害者就業支援施設 例 PCスクール
	所在地	千葉市緑区〇〇〇〇		
	最寄駅・バス停	□□線〇〇駅	最寄駅・バス停からの 距離所要時間	400 m / 5 分
	代表者職・氏名	理事長 千葉 太郎		
	連絡先 担当者	千葉 花子	電話番号( 043-〇〇〇-〇〇〇〇 ) FAX番号( 043-〇〇〇-〇〇〇△ )	
訓練実施場所	名称	〇〇〇〇〇	最寄り駅	JR鎌取駅
	所在地	千葉市緑区〇〇〇〇		徒歩・バス ( 5 )分
習得を目指す 技能等	例) 事務系への職種転換を行うために必要な電話応対等のビジネススキルを習得する。 例) ビジネス文書作成に必要なワード・エクセルの操作方法を習得する。			
主な訓練内容 (訓練項目)	例) 電話の応答方法等の様々なビジネスシーンを想定した訓練を行う。 例) コンピューターを使用し、ビジネス文書作成訓練およびデータ入力訓練を行う。			
	* 主な使用器具等( コンピューター )			
訓練時期 (可能な月に○を)	8, 9, 10, 11, 12, 1, 2, 3 (月)		訓練休日	土・日・祝日 その他( )
訓練時間	9 時 00分 ~ 17 時 00分 (休憩時間 60分)			

対象障害者	1 視覚障害		2 聴覚障害		同時訓練 可能人数	2 人  ※内訳がある場合は記入  例) 車椅子の方2名同時 は不可
	③ 肢体不自由 ( ④ 上肢 ・ ⑤ 下肢 )					
	④ 内部障害		5 知的障害			
	⑥ 精神障害者		7 発達障害			
	⑧ 高次脳機能障害		⑨ 難病			
	※ 車椅子の方 ( ⑩ 可 ・ 不可 )					
障害者用設備 (用意されているものに○印)	<input type="checkbox"/>	エレベーター		点字ブロック		
	<input type="checkbox"/>	階段手摺り		障害者用キーボード		
	<input type="checkbox"/>	スロープ		拡大読書器		
	<input type="checkbox"/>	自動ドア・引き戸		画面拡大ソフト		
	<input type="checkbox"/>	洋式トイレ		音声化ソフト		
	<input type="checkbox"/>	障害者用トイレ	<input type="checkbox"/>	駐車場		
	その他障害者に配慮した設備があればご記入ください。 ・救護室 ・休憩室					
指導体制	指導者数 (委託担当)	2 名 ( 1 名)	指導体制 特記事項	例) 相談担当者を配置し、訓練生の相談にあたる 例) 精神保健福祉士を配置。		
福祉事業の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	就労継続A型 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続B型 <input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 自立訓練 生活介護 その他( )				
在職者訓練以外の 委託訓練実績	年度	委託訓練受講者(人)	就職者(人)	その他		
	5	0	0	例) 令和〇年度～令和〇年度PC技能習得コースの委託先機関として実績あり。		
	6	3	1			
	7	5	2			
(備考)※千葉県立障害者テクノスクール記載欄			受理年月日			

様式1ー2

令和8年度障害者委託訓練提案書  
(在職者訓練コース:eラーニング)

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

法人等名

代表者職・氏名

令和8年度 障害者委託訓練(在職者訓練コース:eラーニング)に係る障害者委託訓練提案書を提出します。

記

法人等の 名称	
所在地	
eラーニング の訓練科名	
見積り金額	円
見積り内訳	
<b>【本件責任者】</b>	<b>【担当者】</b>
氏名:	氏名:
所属:	所属:
役職:	役職:
連絡先(電話番号):	連絡先(電話番号):

法人等の概要

法人等の名称					
設立年月日		資本金等		社員数等	
主要事業					
e-ラーニング事業の業務実績(時期、内容等)					
e-ラーニング事業に有しているノウハウ					
在宅就業支援に係る業務実績	<p style="text-align: center;">※実績が無い場合は、様式3を必ず添付すること。</p>				

## 様式3

## 訪問指導等を提携・共同して実施する団体等の概要

団体等の名称	
所在地	
代表者職・氏名	印
連絡先	電話番号 担当者名
設立年月日	
団体等の主要事業	
在宅就業支援事業の業務実績	
提携・共同して実施する業務内容	

様式4

カリキュラム等（在職者訓練コース：eラーニング）

1	訓練実施機関名					
2	訓練受講希望者の募集方法					
3	訓練科名					
4	訓練期間					
5	訓練カリキュラム（コンテンツ單元名）	①	開講式 オリエンテーション	概 要	標準学習時間	見込学習時間
					0	0
		②	e-ラーニングコンテンツ	概 要	標準学習時間	見込学習時間
			單元名を記載			
		③		概 要	標準学習時間	見込学習時間
		④	e-ラーニングコンテンツ	概 要	標準学習時間	見込学習時間
		⑤	e-ラーニングコンテンツ	概 要	標準学習時間	見込学習時間
		⑥	e-ラーニングコンテンツ	概 要	標準学習時間	見込学習時間
		⑦	e-ラーニングコンテンツ	概 要	標準学習時間	見込学習時間
⑧	閉講式	概 要	標準学習時間	見込学習時間		
			0	0		
スクリーニング	実施回数及び時間 実施予定日等		標準学習時間	見込学習時間		
	内容					
総訓練時間					時間	

6	e-ラーニングコンテンツの種類	A 汎用e-ラーニングコンテンツ使用（提供会社又は製作会社名） B オリジナルコンテンツ使用（自ら作成しているもの） C その他（ ）
7	補助教材費（ある場合）	円（今回は概算でも可）
8	e-ラーニングコンテンツに組み込まれている学習管理システム、支援システム等の概要	
9	訓練目標	
10	仕上がり像	
11	特記事項	

## 提案確認事項(在職者訓練コース:eラーニング)

実施機関名

設問項目		回答欄
1	汎用eラーニングコンテンツ使用の有無	有 ・ 無
2	汎用eラーニングコンテンツの製作又は販売会社名	
3	汎用eラーニングコンテンツの製作年次又は改訂年次	
4	オリジナルeラーニングコンテンツ使用の有無	有 ・ 無
5	オリジナルeラーニングコンテンツの製作又は販売会社名	
6	オリジナルeラーニングコンテンツの製作年次又は改訂年次	
7	汎用eラーニングコンテンツについて	—
8	学習画面サイズ(横幅)(800, 1024等)	
9	説明用音声の有無	有 ・ 無
10	その他(説明用以外)音声等の有無	有 ・ 無
11	動画による説明の有無	有 ・ 無
12	アニメーションによる説明の有無	有 ・ 無
13	演習問題等の有無	有 ・ 無
14	オリジナルeラーニングコンテンツについて	—
15	学習画面サイズ(横幅)(800, 1024等)	
16	説明用音声の有無	有 ・ 無
17	その他(説明用以外)音声等の有無	有 ・ 無
18	動画による説明の有無	有 ・ 無
19	アニメーションによる説明の有無	有 ・ 無
20	演習問題等の有無	有 ・ 無
21	LMSの概要	
22	BBSの有無	有 ・ 無
23	BBS管理者の有無	有 ・ 無
24	バーチャルホームルームの有無	有 ・ 無
25	バーチャルホームルーム管理者の有無	有 ・ 無
26	ラーニングコミュニティの有無	有 ・ 無
27	ラーニングコミュニティ管理者の有無	有 ・ 無
28	事業実施にあたっての最低受講者数	人

注 回答が「有無」によるものは、該当するほうを残し、該当しないものを削除してください。

## 様式6

## 実施運営体制表（在職者訓練コース：eラーニング）

実施機関名	
実施機関所在地	

責任者	所属名	
	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
実質事務担当者	所属名	
	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	所属名	
	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	

## 【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	令和 年 月 日	









# 誓 約 書

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  
法人等名  
代表者職・氏名 印

令和8年度障害者委託訓練 在職者訓練コースに係る提案内容について、下記のとおり誓約します。

## 記

### 1 誓約内容

- (1) 提出した書類について事実と相違ないこと。
- (2) 認定を受けた提案内容について、提案内容を遵守し実施すること。
- (3) 都道府県税、法人税並びに消費税及び地方消費税の滞納がないこと。
- (4) 次のいずれにも該当しないこと。
  - ・ 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定により一般競争入札の参加資格を有しない者。
  - ・ 会社更生法（平成14年法律第154号）第17条第1項又は第2項の規定による更生手続開始の申立てをした者又は更生手続開始の申立てをされた者。
  - ・ 民事再生法（平成11年法律第225号）第21条第1項又は第2項の規定による再生手続開始の申立てをした者又は申立てをされた者。
  - ・ 提案の日から審査結果の公表の日までの期間について、千葉県物品等指名競争入札参加者指名停止等基準に基づく指名停止の措置を受けている者。
  - ・ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に掲げる暴力団または同条第6号に掲げる暴力団員である役職員を有する者若しくはそれらの利益となる活動を行う者。
  - ・ 宗教活動や政治活動を主たる目的とした者。
  - ・ その他公共職業訓練の委託先として明らかに適性を欠くと千葉県が判断した者。