

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	〒291-0000 千葉市緑区〇〇〇〇
	提案機関	株式会社 〇〇〇〇
	代表者職・氏名	代表取締役 千葉 太郎
	連絡先	TEL 043-0000-0000

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5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 checked="" 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: 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇センター			
	所在地: 〒291-0000 千葉市緑区〇〇〇〇			
	TEL: 043-0000-0000		e-mail: 〇〇〇@×××	
	最寄駅	鎌取 駅	施設までの所要時間	バス停農業センター入口まで20分 バス停より徒歩3分 ※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:〇分を記載ください
	施設責任者(役職・氏名)	〇〇 〇〇		
	連絡担当者(役職・氏名)	〇〇 〇〇	TEL: 043-0000-0000	e-mail: 〇〇〇@×××
訓練目標(具体的に)	〇〇業務の訓練を通して、〇〇の基本的な作業スキルや就労に向けた姿勢。態度を身に付ける。 顧客へのサービスを意識しながら、スタッフ間のコミュニケーション能力や報告・連絡・相談への意識を高める。			
訓練内容(訓練項目)	例1 ダンボールの組み立てや菓子箱詰め等の軽作業 例2 商品入力作業・清掃作業等 例3 レストランでの接客全般  *主な使用器具等( カッター )			
訓練施設要望(必要スキル等)	支援機関等に登録済みの方・自分で衛生管理が出来る方・毎日通う事が出来る方等			
訓練時期	<input type="checkbox"/> 通年 <input checked="" 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 10~20日	総訓練時間	1か月あたり 60~120 時間	
訓練時間	10時00分 ~ 17時00分 (休憩時間 60分) 内 5~6 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"/> 車いす) <input type="checkbox"/> 内部障害 )			
	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害	<input checked="" type="checkbox"/> 精神障害	<input checked="" 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)
	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
	医師の意見書により症状の安定している方			1 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2年			○特別支援学校の実習受け入れ経験あり ○精神障害者1名雇用
	令和3年			
	令和4年	2	1	
(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:株式会社〇〇			
	所在地: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇1-2-3			
	最寄駅	〇〇駅	施設までの 所要時間	徒歩5 分
	施設責任者 (役職・氏名)	〇〇 〇〇		
	連絡担当者 (役職・氏名)	TEL:	e-mail: 〇〇@〇〇.jp	
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	【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	【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	【訓練場所】 自己所有 ・ 賃借 不動産登記簿謄本(写) もしくは契約書の写しを添付すること 【面接場所】 自己所有 ・ 賃借
	その他 (福利厚生等)	多目的トイレ2ヶ所 エレベーター・スロープの設置あり 駐車場・駐輪場を使用可能 等
指導体制	指導者数	3 名
	障害に対する配慮	例) 絵・写真カードを利用し視覚に訴える指示伝達の工夫、体調に配慮した柔軟な訓練体制・相談担当者指名する・相談窓口設置 等
	指導・支援の実績	例) 現在、3名の精神障害者雇用をしており、各部署で精神障害者を指導した経験を持つ担当者が在籍している。社内で障害者に対する指導のノウハウを共有している等
就職支援体制 (取組みについて記入)	例) 就職担当者を配置し、月1回個別に訓練生の相談にあたる 例) キャリアコンサルタントを配置。随時、求人情報を紹介する。	
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)	例) ・帽子・長靴を各自用意すること ・作業服は貸与するがクリーニングをして返却すること ・昼食を注文できるが注文した場合は1日につき400円	
備考・特色等	例) ・まだ、障害者雇用をしたことがないが、委託訓練をきっかけに障害者雇用につなげていきたい。	

### 委託訓練日程表

訓練実施施設名( 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇センター )

訓練コース名( 企業実践コース )

訓練期間 : 〇月8日(月) ~ 〇月19日(金)

訓練時間 : 9時00分~16時00分(休憩時間1時間)

( )月分

受講者氏名:( 〇〇 〇〇 )

日	曜日	訓練内容	訓練時間
1	月		
2	火		
3	水		
4	木		
5	金		
6	土		
7	日		
8	月	開講式/倉庫内の運搬・梱包業務	6
9	火	倉庫内の運搬・梱包業務	6
10	水	倉庫内の運搬・梱包業務	6
11	木	倉庫内の運搬・梱包業務	6
12	金	倉庫内の運搬・梱包業務	6
13	土		
14	日		
15	月	商品のピッキング・出荷業務	6
16	火	商品のピッキング・出荷業務	6
17	水	商品のピッキング・出荷業務	6
18	木	商品のピッキング・出荷業務	6
19	金	商品のピッキング・出荷業務/閉講式	6
20	土		
21	日		
22	月		
23	火		
24	水		
25	木		
26	金		
27	土		
28	日		
29	月		
30	火		
31	水		
合計			60

**【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か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関公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5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 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇センター  
株式会社〇〇〇〇 △△△センター

- 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)	かぶしきかいしゃ ○○○○	住所	〒 266 - 0000		(1)事業の種類	産業分類	(2)事業所の数
	法人名称	株式会社 ○○○○		千葉県緑区△△				
	(ふりがな)	だいひょうとりしまりやく ○○ ○○						
	氏名又は代表者氏名	代表取締役 ○○ ○○						
				(TEL 043 - 0000 - 0000)				
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		株式会社○○○○ 本社	株式会社○○○○ ○○○センター	株式会社○○○○ ○○○センター			
	(5)事業所の所在地		千葉県緑区△△	千葉県若葉区□□	市原市○○			
	(6)事業の内容		物流(本社)	物流(配送センター)	物流(配送センター)			
	(7)常用雇用労働者の数							
	(i)常用雇用労働者数		210 人	50 人	90 人	70 人	人	人
(p)短時間労働者数	60 人	5 人	30 人	25 人	人	人		
(h)常用雇用労働者の数 (i)+(p)×0.5)	240 人	52.5 人	105.0 人	82.5 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」の写し	✓	

※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。

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。