

様式1

令和4年度 障害者委託訓練提案書
(e-ラーニングコース)

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
名称
代表者職・氏名

印

令和4年度 千葉県障害者委託訓練事業 e-ラーニングコースに係る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	

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	※実績が無い場合は、様式2-2を必ず添付すること。				

様式2-2

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	

障害者委託訓練eラーニングコース 訓練科目及びカリキュラム等

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		実施人員	人		
4	訓練期間	令和 4 年 月 から 月 月 間				
5	訓練カリキュラム（コンテンツ単元名）	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
			単元名を記載			
		③	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
		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	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		
⑨	閉講式	概 要	標準学習時間	見込学習時間		
			0	0		
スクーリング	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	仕上り像	
11	就職目標	
12	就職支援の内容	
13	特記事項	

様式 4

障害者委託訓練eラーニングコース 提案確認事項

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5

障害者委託訓練eラーニングコース 実施運営体制表

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	

月 日 曜	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				
	在宅訓練																																		
確認 テスト																																	小計		
訓練 時間																																0	回		
スクリーニング・訪問指導・行事等																																	0	時間	
方法																																		小計	
区分																																		0	回
開始時刻																																		0	回
終了時刻																																		0	時間
訓練時間																																		0	時間

2か月目

訓練内容

月 日 曜	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							
	在宅訓練																																					
確認 テスト																																		小計	0	回		
訓練 時間																																		0	時間			
スクー リング ・訪問 指導 ・行事 等																																		修了				
方法																																			対面			
区分																																			集合			
開始 時刻																																			11:00	小計		
終了 時刻																																			12:00	0	回	
訓練 時間																																			0	時間		

3
か
月
目

訓
練
内
容

月 日 曜	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						
	在宅訓練																																				
確認 テスト																																		小計	0	回	
訓練 時間																																			0	時間	
スクリーニング・訪問指導・行事等																																					
方法																																			対面		
区分																																			集合		
開始時刻																																			小計	0	回
終了時刻 訓練時間																																			0	時間	

4
か
月
目

訓
練
内
容

