

令和5年度 障害者委託訓練提案書(在職者訓練事業:知識・技能習得コース)

令和 年 月 日

訓練コース概要	1 主に事務系 2 主にPC系			
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()			
	* 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	
	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)			
訓練実施場所	名 称	最寄り駅	人	
	所在地			徒歩・バス()分
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。			
実施機関 (委託先機関)	名 称	業務内容		
	所在地			
	最寄り駅・バス停	最寄り駅・バス停からの距離所要時間	m / 分	
	代表者職・氏名		印	
	連絡先担当者	電話番号() FAX番号()		
指導体制	指導者数 (委託担当)	(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
	2			
	3			
	4			
(備考)			障害者高等技術専門校 記載欄	受理年月日

法人等の概要

法人等の 名称				
所在地				
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				
在宅訓練 に係る 業務実績	※実績が無い場合は、様式4を必ず添付すること。			

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	
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 在職者訓練コース（e-ラーニング）のカリキュラム等

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 0	見込学習時間 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
		⑨	閉講式	概 要	標準学習時間 0	見込学習時間 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		
4	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（ ）				
5	補助教材費（ある場合）	円（今回は概算でも可）				
6	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					
7	特記事項					

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	ラーニングコミュニティの有無	有 ・ 無
25	ラーニングコミュニティ管理者の有無	有 ・ 無
26	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。

障害者委託訓練 在職者訓練コース（e-ラーニング） 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	
	F A X 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	
	F A X 番 号	
	メールアドレス	
	所属名	
	氏 名	
	電話番号	
	F A X 番 号	
	メールアドレス	

【記入例】

令和5年度 障害者委託訓練提案書(在職者訓練事業:知識・技能習得コース)

令和 年 月 日

訓練コース概要	<input checked="" type="radio"/> 1 主に事務系 2 主にPC系			
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)	<input checked="" type="radio"/> 8, <input checked="" type="radio"/> 9, <input checked="" type="radio"/> 10, <input checked="" type="radio"/> 11, <input checked="" type="radio"/> 12, <input checked="" type="radio"/> 1, <input checked="" type="radio"/> 2, <input checked="" type="radio"/> 3 (月)	訓練休日	<input checked="" type="radio"/> 土・ <input checked="" type="radio"/> 日・ <input checked="" type="radio"/> 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	
	<input checked="" type="radio"/> 3 肢体不自由 (<input checked="" type="radio"/> 上肢・ <input checked="" type="radio"/> 下肢)			2 人
	<input checked="" type="radio"/> 4 内部障害	5 知的障害		*内訳がある場合は記入 例) 車椅子の方2名同時は不可
	<input checked="" type="radio"/> 6 精神障害者	7 発達障害		
	<input checked="" type="radio"/> 8 高次脳機能障害	<input checked="" type="radio"/> 9 難病		
* 車椅子の方 (<input checked="" type="radio"/> 可・不可)				
訓練実施施設	名称 ○○○○○	最寄り駅	JR鎌取駅	
	所在地 千葉市緑区△△△△△		<input checked="" type="radio"/> 徒歩・バス(5)分	
障害者用設備(用意されているものに○印)	<input type="radio"/>	エレベーター	点字ブロック	
	<input type="radio"/>	階段手摺り	障害者用キーボード	
	<input type="radio"/>	スロープ	拡大読書器	
	<input type="radio"/>	自動ドア・引き戸	画面拡大ソフト	
	<input type="radio"/>	洋式トイレ	音声化ソフト	
	<input type="radio"/>	障害者用トイレ	<input type="radio"/>	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)			
実施機関(委託先機関)	名称	○○○○○	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△△△△△		
	最寄り駅・バス停	□□線○○駅	最寄り駅・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 印				
連絡先担当者	松戸 花子		電話番号(043-291-○○○○) FAX番号(043-291-○○○△)	
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="radio"/> 有・無	就労継続A型 <input checked="" type="radio"/> 就労継続B型 <input checked="" type="radio"/> 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
	2			…受託していない
	3	3	1	…受託したが訓練生いなかった
	4	5	2	…提案用紙記載日までの実績
(備考)			障害者高等技術専門校記載欄	受理年月日