障害者委託訓練提案書

必要事項を記入し、ハローワーク又は職業能力開発センターにご提出ください。

平成 24年　　月　　日

訓練コース	☐ 知識・技能習得コース　☐ 実践能力習得コース　☐ その他（　　）		
訓 練 名	コース（　　月）　　市		
訓 練 内 容	＊主な使用器具等（　　）		
習 得 目 標 （技能、資格等）			
訓 練 回 数 時 期	☐ 年　回予定（訓練開始予定月　　月） ☐ 随時	月　数	か月
		総訓練日数	日間
1 日 の 訓 練 時 間	時　分　～　時　分 （ 実訓練時間　時間　分 ）	総訓練時間	時間
		訓練休日	土・日・祝日・その他（　）

対象障害者	障 害 種 別	訓練可能人数
	☐ 身体障害者　（☐ 上肢　☐ 下肢　☐ 視覚　☐ 聴覚　☐ その他）	人
	☐ 知的障害者	人
	☐ 精神障害者	人
	☐ その他の障害者（ 発達障害 、 高次脳機能障害　等）	人

訓練実施場所	名称	最寄駅
	所在地	線　駅
	電話　—　—　FAX　—　—	徒歩・バス（　）分

施設設備状況		
	1 エレベーター　（ 有 ・ 無 ）	4 車いす対応　（ 可 ・ 不可 ）
	2 階段手摺り　（ 有 ・ 無 ）	5 車通勤　（ 可 ・ 不可 ）
	3 洋式トイレ　（車いす用 有・無　一般用 有・無）	6 その他　（　）

実 施 機 関 （企業・団体名）		
	名　称	
	所在地	
	代表者 職・氏名	印
	連絡先担当者 職　名 氏　名	電話番号 FAX番号 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

補助金等の受給施設の場合は記入してください。		
	施設種別	授産施設 ・ 小規模授産施設 ・ その他（　）
	指導員数	名　（うち、指定基準、最低基準　内の職員数　名）
	施設の定員	定員　名、　現在の員数　名　（うち、補助金受給対象　名）

受付職安 記入欄	公共職業安定所名 担当者名	受理年月日　受理番号	埼玉県立職業能力開発センター 受理年月日