**事業者・実施施設の概要書**

　講座名（開講月）

　１　事業者の概要　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 所　在　地 | 〒    電話　　　　　　　　　　　　　　FAX  メールアドレス： |
| 代表者職名・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資　本　金 | 万円 |
| 事業者全体の  従業員数 | 人 |
| 主な実施事業 |  |
| 教育訓練事業  開始年月日 |  |

２　実施施設の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名 |  |
| 所　在　地 | 〒    電話　　　　　　　　　　　　FAX  メールアドレス： |
| 実施施設の責任者 | （職名・氏名） |
| 委託訓練事務担当者 | （職名・氏名） |
| （職名・氏名） |
| （職名・氏名） |
| 事業開始年月日 |  |

３　就職支援の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就職支援責任者 | （職名・氏名） | |
| （就職支援に係る資格） | |
| （登録番号）　　　　　　　　　　　（有効期間満了日） | |
| その他  就職支援担当者  その他  就職支援担当者 | 担  当  者  １ | （職名・氏名） |
| （就職支援に係る資格） |
| （登録番号）　　　　　　　　　（有効期間満了日） |
| 担  当  者  ２ | （職名・氏名） |
| （就職支援に係る資格） |
| （登録番号）　　　　　　　　　（有効期間満了日） |
| 担  当  者  ３ | （職名・氏名） |
| （就職支援に係る資格） |
| （登録番号）　　　　　　　　　（有効期間満了日） |
| 職業紹介事業の  届出・許可 | □有：無料職業紹介　　　　　　年　　月　　日取得　　　　　　　　号  □有：有料職業紹介　　　　　　年　　月　　日取得　　　　　　　　号  　　【有効期間：　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日】  □該当無し | |
| 労働者派遣事業の  届出・許可 | □有：労働者派遣　　　　　　　年　　月　　日取得　　　　　　　　号  　　【有効期間　　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日】 | |

４　公的職業訓練に関する職業訓練サービスガイドライン適合事業所認定の取得状況

|  |  |
| --- | --- |
| 取得の有無 | □有　　　取得年月日　　　　　　年　　　月　　　日  □該当なし |

５「民間教育訓練機関における職業訓練サービスガイドライン研修」の受講状況

|  |
| --- |
| 氏　　名：  受講期間：　　年　　月　　日～　　月　　日（有効期限：　　　　年　　月　　日）  施設名称： |
| 氏　　名：  受講期間：　　年　　月　　日～　　月　　日（有効期限：　　　　年　　月　　日）  施設名称： |
| 氏　　名：  受講期間：　　年　　月　　日～　　月　　日（有効期限：　　　　年　　月　　日）  施設名称： |

６「多様な働き方実践企業」の認定状況

|  |  |
| --- | --- |
| 認定の有無 | □　有　　認定年月日　　　　　年　　月　　日  □ 無　　認定区分　　プライム・実践企業  プラチナ・ゴールド・シルバー |

７　教室等確保状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物の権利関係 | | □　所有 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　賃貸 | | □　契約済  契約期間　年　　月　　日～　年　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| □　未契約  （仮契約状況等の会場確保見込みを記載してください。） | | | | | | | | | | | | | |
| □独立施設  □建物の１フロア　　□建物の数フロア（　　　　フロア）  □建物の一室　□建物の数室（　　　室）  □その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 教室名  （使用講座名） | 面積　㎡ | 定員　　　人 | | １人当たり面積　㎡ | ４  月 | ５  月 | ６月 | ７  月 | ８月 | ９月 | 10  月 | 11  月 | 12月 | １  月 | ２  月 | ３  月 | |
| １ |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ２ |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ３ |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ４ |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ５ |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

注　開講月、訓練期間に対応するように印をつけてください。

注　入校説明会等で、訓練時と異なる教室・会場を使用する場合は、使用講座名欄にその旨記入してください。

注　訓練を実施する教室の見取図・配置図、設備機器等の設置を含む図面を添付し、災害時の避難経路を朱書きして

　ください

８　設備等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務所 | ㎡（原則同一施設内） | | |
| 共有部分 | ㎡ | | |
| 相談室 | ㎡　　定員　　　　人 | | |
| 空調設備 | □有（全館集中、教室ごと）□無 | （喫煙コーナー）  施設内に無い場合の案内場所 | □有　　　□無 |
| 換気装置 | □有　　　□無 | □有　　　□無 |
| エレベーター | □有　　　□無 |
| 実習室 | □有　　　□無 | （駐輪場）  施設内に無い場合の案内場所 | □有　　　□無 |
| 自習室 | □有　　　□無 | □有  　□有料　　□無料  □無 |
| 休憩室 | □有　　　□無 |
| トイレ | □訓練実施施設専用　　□他の施設と共用（原則不可）  □男女各階　　　　　　□男女１階おき | | | |
| 時間外利用 | 教室・自習室・パソコン等の訓練時間外の利用  □可（曜日：　　　　　　　　時間：　　　　　　　～　　　　　　　　　）  □不可 | | | |
| バリアフリー | □対応有り  □車いす可能　　　　□多目的トイレ　　　□出入口～施設内段差無し  　　　　　□通路に手すり　　 □その他(　　　　　）  □対応無し | | | |

９　実施施設以外の実習先等一覧表

　　注）企業実習付訓練の実習先は様式14に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 実習先名 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

記入例

**事業者・実施施設の概要書**

　講座名（開講月）　情報処理（４月・８月）

　１　事業者の概要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年１０月２２日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 | 株式会社　○○○〇 |
| 所　在　地 | 〒362-0085  ○○市○○2-2-1　○○ビル１階  電話　048（123）4567　　　FAX　048（123）5678  メールアドレス：abc＠efg.co.jp |
| 代表者職名・氏名 | 代表取締役　○○　○○ |
| 設立年月日 | １９８９年１０月１日 |
| 資　本　金 | １，０００万円 |
| 事業者全体の  従業員数 | ４０人  ●個人事業主等の場合は記入不要です。 |
| 主な実施事業 | 人材育成事業、情報処理事業、システム開発事業 |
| 教育訓練事業  開始年月日 | １９９８年４月１日 |

２　実施施設の概要

●就職支援責任者及び就職支援担当者のうち１人以上は、キャリアコンサルタント、キャリアコンサルティング技能士（1級又は2級）又は、職業訓練指導員免許を保有する者であることが必要です。

また、講師名簿（様式8-1）にも有資格者を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名 | ○○スクール　○○校 |
| 所　在　地 | 〒335-0028  ○○市○○○１-2-3 ○○ビル２階  電話　048（231）4567　　　FAX　048（231）4578  メールアドレス：abcde＠fghijk.co.jp |
| 実施施設の責任者 | （職名・氏名）委託訓練部長・○○　○○ |
| 委託訓練事務担当者 | （職名・氏名）委託訓練課長・○○　○○ |
| （職名・氏名）委託訓練担当・○○　○○○ |
| （職名・氏名）委託訓練担当・○○○　○○ |
| 事業開始年月日 | １９９８年４月１日 |

３　就職支援の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就職支援責任者 | （職名・氏名）委託訓練担当部長・○○　○○ | |
| （就職支援に係る資格）キャリアコンサルタント | |
| （登録番号）１２３４５６７８　　　　（有効期間満了日）２０２８年１２月１０日 | |
| その他  就職支援担当者  その他  就職支援担当者 | 担  当  者  １ | （職名・氏名）委託訓練担当課長・○○　○○ |
| （就職支援に係る資格）キャリアコンサルタント |
| （登録番号）１０２３４５６８　　（有効期間満了日）２０２９年３月１５日 |
| 担  当  者  ２ | （職名・氏名）委託訓練係長・○○　○○ |
| （就職支援に係る資格）キャリアコンサルティング技能士１級 |
| （登録番号）技能士番号を記入　　　（有効期間満了日）合格年月日を記入 |
| 担  当  者  ３ | （職名・氏名）委託訓練担当・○○○　○○ |
| （就職支援に係る資格）なし |
| （登録番号）なし　　　　　　　　　（有効期間満了日）なし |
| 職業紹介事業の  届出・許可 | □有：無料職業紹介　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　号  ☑有：有料職業紹介　平成１８年１０月１日　許可番号12-ユ-100000号  　　　 （有効期間：令和５年１０月１日　～　令和１０年９月３０日）  □　該当なし | |
| 労働者派遣事業の  届出・許可 | ☑有：労働者派遣 平成３０年１月１日　許可番号　派11-123456号  　　　 （有効期間：令和４年１月１日　～　令和７年１２月３１日）  □該当なし | |

４　公的職業訓練に関する職業訓練サービスガイドライン適合事業所認定の取得状況

●（就職支援に係る資格）がキャリアコンサルティング技能士（1級又は2級）の場合は、

記入例のように（技能士番号）と（合格年月日）を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得の有無 | □有　　　取得年月日　　　　　　年　　　月　　　日  ☑該当なし |

５「民間教育訓練機関における職業訓練サービスガイドライン研修」の受講状況

●応募資格として、「民間教育訓練機関における職業訓練サービスガイドライン研修」を受講し、委託契約締結予定日に受講証明書が有効期間内である者が在籍していることが必要です。

有効期間は、令和２年度末までに受講した場合は５年間、令和３年度以降に受講した場合は３年間となっています。

有効期間を確認して、更新が必要な場合は、お早めに対応してください。

|  |
| --- |
| 氏　　名：○○　○○  受講期間：令和３年９月１７日～１０月５日（有効期限：令和８年１０月４日）  施設名称：ランゲート株式会社 |
| 氏　　名：○○　○○  受講期間：令和３年１０月１日～１０月２日（有効期限：令和６年１０月１日）  施設名称：ランゲード株式会社 |
| 氏　　名：○○　○○  受講期間：令和４年１０月１日～１０月２日（有効期限：令和７年１０月１日）  施設名称：ランゲード株式会社 |

６「多様な働き方実践企業」の認定状況

|  |  |
| --- | --- |
| 認定の有無 | ☑有　　 認定年月日　令和３年１０月１日  　　 （認定区分　　プライム・実践企業  プラチナ・ゴールド・シルバー）  □該当なし |

７　教室等確保状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物の権利関係 | | □所有  ●訓練期間内に契約が切れる場合は、更新予定の時期等も  カッコ書きで記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ☑賃貸 | | ☑契約済  　　契約期間20XX年〇月◇日～20XZ年◇月△日  　　(更新予定有り20XZ年〇月） | | | | | | | | | | | | |
| □未契約（仮契約状況等の会場確保見込みを記載。） | | | | | | | | | | | | |
| □独立施設  □建物の１フロア　　☑建物の数フロア（５階建ての１階と２階）  □建物の一室　　　　□建物の数室（　　　室）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 教室名  （使用講座名） | 面積　㎡ | 定員　　　人 | １人当たり面積　㎡ | ４  月 | ５  月 | ６月 | ７  月 | ８月 | ９月 | 10  月 | 11  月 | 12月 | １  月 | ２  月 | ３  月 | |
| １ | Ａ教室  情報処理（4月）  第2希望（5月） | 54 | 24 | 2.25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ２ | Ｂ教室  情報処理(8月）  第2希望（9月） | 60 | 24 | 2.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ３ | Ｃ教室  情報処理（ひとり親講座4月・8月）  第2希望（5月・9月） | 10 | 5 | 2.0 |  |  |  |  |  | ●（ひとり親講座）や（第２希望）がある場合は、別に使用する教室についても記入してください。 |  |  |  |  |  |  | |
| ４ | ○○会館会議室  入校説明会・入校式 | 80 | 28 | 2.85 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

注　開講月、訓練期間に対応するように印をつけてください。

注　入校説明会等で、訓練時と異なる教室・会場を使用する場合は、使用講座名欄にその旨記入してください。

注　訓練を実施する教室の見取図・配置図、設備機器等の設置を含む図面を添付し、災害時の避難経路を朱書きして

　ください。

●様式６の後ろに見取図・配置図、非常口、設備機器等の設置を含む図面を添付してください。

８　設備等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務所 | ○○○㎡（原則同一施設内） | | |
| 共有部分 | ○○○㎡ | | |
| 相談室 | ○○○㎡　　　定員　　○人 | | |
| 空調設備 | ☑有（全館集中、教室ごと）□無 | （喫煙コーナー）  施設内に無い場合の案内場所 | ☑有　　　□無 |
| 換気装置 | ☑有　　　□無 | ☑有　　　□無 |
| エレベーター | ☑有　　　□無 |
| 実習室 | ☑有　　　□無 | （駐輪場）  施設内に無い場合の案内場所 | ☑有　　　□無 |
| 自習室 | ☑有　　　□無 | ☑有  　☑有料　　□無料  □無 |
| 休憩室 | ☑有　　　□無 |
| トイレ | ☑訓練実施施設専用　　□他の施設と共用（原則不可）  ☑男女各階　　　　　　□男女１階おき | | | |
| 時間外利用 | 教室・自習室・パソコン等の訓練時間外の利用  ☑可（曜日：月～木　時間：１６時３０分～１８時００分まで）  　　 （曜日：金のみ　時間：１６時３０分～１７時００分まで）  □不可 | | | |
| バリアフリー | ☑対応有り  ☑車いす可能　　　☑多目的トイレ　　　☑出入口～施設内段差無し  　　　 □通路に手すり 　□その他(　　　　　）  □対応無し | | | |

９　実施施設以外の実習先等一覧表

　　注）企業実習付訓練及び大型自動車分野の実習先は【様式14】に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 実習先名 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | ●企業実習付訓練及び大型自動車分野の実習先は、【様式14】企業実習付訓練の概要書に記入してください。  ●上記を除く実施施設以外の実習先等は、すべて記入してください。  ●介護分野で職場見学等を実施する場合、別途、作成する【介護分野特例（様式1）　職場見学等実施計画書の実習先等】も記入してください。  ●行（ページ）が足りない場合は、適宜追加してください。 |
|  |  |  |