

令和4年度

宮崎県が行う障がい者職業訓練（委託訓練）業務に係る

提案書

訓練科名 介護職員養成科

応募者名（ ）

## 応募者の概要

|              |   |
|--------------|---|
| 応募者名         |   |
| 所在地          | 〒<br>TEL - - FAX - -                    |
| 代表者<br>役職・氏名 |   |
| 応募者の属性       | 専修学校・各種学校・事業主団体・事業主・大学・NPO法人・<br>その他（ ） |

※上記応募者の属性において、選択肢に該当するものがない場合は、その他の欄に記入してください。

## 訓練施設の概要

|  |                      |      |        |      |     |      |
|--|----------------------|------|--------|------|-----|------|
| 訓練施設名  |                      |      |        |      |     |      |
| 所在地  | 〒<br>TEL - - FAX - - |      |        |      |     |      |
| 従業員数<br>(訓練施設に限る)                                  |                      | 事務部門 | 教育訓練部門 | 合計   |     |      |
|  | 常勤                   | 人    | 人      | 人    |     |      |
|  | 非常勤                  | 人    | 人      | 人    |     |      |
| 設立年月日  | 年 月 日                |      |        |      |     |      |
| 近年(H31～R3)実施した主な教育訓練コース(受託希望と同等以上の訓練コース)を記入してください。 |                      |      |        |      |     |      |
| 実施コース名   | 訓練内容                 | 委託元  | 実施年度   | 訓練期間 | 対象者 | ※就職率 |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |
|  |                      | 県・機構 |        |      |     |      |

※実績がない場合は記入する必要はありません。

※「委託元」の「機構」とは、「独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構」のことです。

※就職率は、(就職者数÷修了生数)×100で算定してください。(小数点以下切り捨て)

[訓練を実施する際の責任者等]

|  |        |  |          |  |
|--|--------|--|----------|--|
| 責任者  | 氏名(役職) |  | TEL      |  |
|  | FAX    |  | Eメールアドレス |  |
| 実務担当者<br>(訓練受講状況等をお問い合わせの際に確実に対応できる方を記入して下さい。) | 氏名(役職) |  | TEL      |  |
|  | FAX    |  | Eメールアドレス |  |
|  | 氏名(役職) |  | TEL      |  |
|  | FAX    |  | Eメールアドレス |  |

委託訓練カリキュラム

法人名：

|         |   |        |                                      |
|---------|---|--------|--------------------------------------|
| 訓練科名    | 介護職員養成科   |        |                                      |
| 訓練目標    |   |        |                                      |
| 仕上がり像   | ※この訓練を終了した後に、どのような職業に就き、またその職場でどのようなことができるかを具体的に記入すること。 |        |                                      |
| 取得可能な資格 |   |        |                                      |
| 訓練の内容   | 科 目 の 内 容   |        | 時 間 数                                |
|         | 座学  | 実習     |                                      |
| 1日の訓練時間 | 時 分 ~ 時 分<br>訓練時間 時間 分<br>休憩時間 分                        | 標準訓練時間 | 総訓練時間 時間<br>(座学 時間 実習 時間)<br>(日数 日間) |

### 委託訓練計画表 (介護職員養成科)

(令和 年 月 ~ 令和 年 月)

実施施設名 :

法人名 :

| 実施月<br>(実施週) | 座学・実習 | 科 目 内 容 | 時間                  | 備 考            |
|--------------|-------|---------|---------------------|----------------|
| 1月目<br>(1週目) |       |         |                     |                |
|              | 月 計   |         |                     |                |
| 月目<br>( 週目)  |       |         |                     |                |
|              | 月 計   |         |                     |                |
| 合 計          |       |         | 総訓練時間<br>座 学<br>実 習 | 時間<br>時間<br>時間 |

法人名：

当該訓練カリキュラムの中での、セールスポイントを御記入ください。

## 使用教材一覧表

実施施設名：

訓練科名：介護職員養成科

定員： 名

**【受講生による購入が必要なもの】**

| 教 材 名 | 出 版 社 名 | 価 格 (円) (税込) |
|-------|---------|--------------|
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
|       |         | 円            |
| 合 計   |         | 円            |

**【参考：受講生に配布予定のもの】**

| 教 材 名 | ページ数 | 出版社名・オリジナル書名 |
|-------|------|--------------|
|       |      |              |
|       |      |              |
|       |      |              |
|       |      |              |
|       |      |              |
|       |      |              |
|       |      |              |

## 講 師 名 簿

実施施設名：

訓練科名：介護職員養成科

定員 名

| 氏 名 | 年齢 | 勤務形態       | 講師の経歴 | 経験年数 | 免許・資格 | 備 考 |
|-----|----|------------|-------|------|-------|-----|
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |
|     | 歳  | 常 勤<br>非常勤 |       |      |       |     |

- 注) 1 勤務形態については、該当するものに○をつけてください。  
 2 実際に担当する訓練内容に対しての講師実績経歴及び経験年数を記入してください。  
 複数の経歴がある場合は、実際に担当する訓練に対する「主たる経歴」を明確に示してください。(例：(主) パソコン講師 など)  
 3 資格・免許は、実際に担当する訓練内容に対しての職業訓練指導員免許，教員免許及び資格等を記入してください。

- ※ 講師名簿には、委託訓練を受託した場合に、実際担当する講師のみ記入すること。
- ※ 複数の講師が担当する場合には、備考欄に担当科目を記入すること。
- ※ 免許・資格欄に記入した免許等の証書の写しを添付すること。

## 各種就職支援の実施状況

令和 年 月 日現在

実施施設名：

記入者名：

1 就職支援体制： 有 ・ 無 (どちらかに○を付けてください。)

①就職相談 有 ・ 無 (担当者職・氏名 )

②求人開拓 有 ・ 無

③求人情報の提供 有 ・ 無

④職業紹介事業許可取得 有 ・ 無 (取得年月日 年 月 日)

※令和3年1月末現在の求人数 ( 件) (求人票の数)

職業紹介責任者の役職・氏名：

※職業紹介事業の許可取得予定 有 ・ 無 (取得予定年月日 令和 年 月 日)

2 就職率を上げるために行っていることを具体的に記入してください。



障がい者委託訓練に関する事項

|   |                           |             |    |
|---|---------------------------|-------------|----|
| ◆ 施設の状況<br><br>該当するものに<br>○印をつけて<br>ください。 | ① エレベーター                  | ・有          | ・無 |
|   | ② 階段手すり                   | ・有          | ・無 |
|   | ③ 障がい者用（車いす・オストメイト等対応）トイレ | ・有          | ・無 |
|   | ④ 洋式トイレ                   | ・有          | ・無 |
|   | ⑤ 出入口・玄関等の段差              | ・有          | ・無 |
|   | ⑥ スロープの設置                 | ・有          | ・無 |
|   | ⑦ 障がい者用（車いす対応）駐車場         | ・有（ 有料 無料 ） | ・無 |

◆ 障がい者の訓練に対して、訓練の内容や教室・設備、就職支援等で特に考慮していることがあれば、具体的に記入してください。

## 誓約事項

このたびの申請を行うに当たり、次の事項を誓約します。  
また、貴県が警察当局へ情報照会を行うことについて承諾します。

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団関係者（暴力団員（同条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者をいう。以下同じ。）でないこと。
- 2 暴力団を利用する行為（暴力団の組織の維持及び拡大に資する等暴力団に有益な行為をいう。以下同じ。）を行わないこと。
- 3 法人等の場合は、役員等が暴力団関係者でないこと及び暴力団を利用する行為を行わないこと。
- 4 借り受けた公有財産を暴力団の事務所その他これに類するもの（その目的が公の秩序又は善良の風俗に反するものその他社会通念上不適切と認められるものをいう。）の用に供さないこと。
- 5 上記事項に反する場合、催告することなく契約を解除する等貴県が行う一切の措置について異議又は苦情の申立てを行わないこと。

（注1）法人等の場合は、役員等一覧（様式第8号-1）を添付してください。

（注2）収集した個人情報については、宮崎県が行う障がい者職業訓練（委託訓練）の受託者選定のために使用し、その他の目的のためには一切使用しません。

様式第8号-1

役員等一覧

法人等の名称：

| 役職名 | ふりがな<br>氏 名 | 性 別 | 住 所<br>(都道府県名の<br>み) | 生 年 月 日              |
|-----|-------------|-----|----------------------|----------------------|
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|     |             | 男・女 |                      | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |

(注) 法人の場合は、役員全員及び支店又は営業所を代表する方で役員以外の方について記載し、法人格を有しない団体の場合は、代表者及び役員等として活動している者について記載してください。