

委託訓練 提案書

平成 年 月 日

神奈川県立産業技術短期大学校長 殿

〒

所在地

法人(学校)名

役職 代表者名

代表者印

神奈川県が実施する次の委託訓練コースを受託したく提案いたします。

1 訓練実施施設名 ※右の該当する□に☑印を記入してください。(以下同様)	<input type="checkbox"/> 専修・各種学校 <input type="checkbox"/> 認定訓練校 <input type="checkbox"/> 大学・短大 <input type="checkbox"/> 民間企業 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> 事業主団体 <input type="checkbox"/> その他
2 訓練実施施設所在地	〒 TEL () FAX ()
3 訓練の種類	<input type="checkbox"/> 標準コース(3ヶ月) <input type="checkbox"/> 情報通信(□県カリキュラム(4ヶ月) □その他) <input type="checkbox"/> 観光(□県カリキュラム □その他) <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> 介護技術 <input type="checkbox"/> 中高年向き <input type="checkbox"/> 育児等との両立に配慮した再就職支援コース(3ヶ月) <input type="checkbox"/> リカレントコース(□1ヶ月 □2ヶ月 □3ヶ月) <input type="checkbox"/> 建設人材育成コース(□1ヶ月 □2ヶ月 □3ヶ月) <input type="checkbox"/> 日本版デュアルシステム 座学先行コース(4ヶ月)
4 託児サービス	<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない 受入可能人数: 人 受入対象: <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 幼児
5 訓練科名	科 (全角16文字以内でお願いします。)
6 訓練コースの開講時間	: ~ : (1日当たり標準6時限)
7 訓練コースの開講時期	<input type="checkbox"/> 7月生 <input type="checkbox"/> 9月生
8 訓練コースの受講条件	例: パソコンの基本操作ができ、関連分野への就職を希望される方。等 (50文字以内)
9 受入人数	人 (最少実施人数 人) ※ (1割増員受入の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否)
10 教材費等(円) (受講者負担分)	<input type="checkbox"/> テキスト <input type="checkbox"/> その他() 円(税込)
11 実習・見学等 (受講者負担分)	実習: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(費用無) <input type="checkbox"/> 有(交通費のみ) 見学: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(費用無) <input type="checkbox"/> 有(交通費のみ) <input type="checkbox"/> 有(交通費+見学費) ※有の場合は「実習及び見学の概要」(任意様式)添付必須
12 入校前説明会 又は見学会	実施場所: <input type="checkbox"/> 訓練会場 <input type="checkbox"/> その他() 内容()
13 添付書類	別紙様式第2号から第13号及び任意様式のとおり

※最少実施人数は、定員の50%以下とすること。

委託訓練カリキュラム

訓練機関名

基本 条件	訓練科名	科	定員	人
	訓練期間	ヶ月	訓練のレベル	<input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 初～中級 <input type="checkbox"/> 中級
	訓練目標	何が習得できて、どのような就職のできる人材を養成できるのか。(95文字以内)		
	仕上がり像	何がどの程度できるようになるのか。		
関連資格 (正式名で記入)	資格取得対策の授業を行うもので、有効な資格から順に4つ程度記入し、取得方法等も()内から選び、記入してください。 (任意受験、訓練中の試験時合格の場合、修了時取得)(費用/有・無) 【例】 日商簿記検定2級 (任意受験、費用/有) 【例】 介護職員初任者研修修了証 (訓練中の試験時合格の場合、費用/無) 【例】 ガイドヘルパー養成研修(知的障害) (修了時取得、費用/無)			
訓練 内容	科目	教科の内容	※時間(H)	※小計
	学 科			※半角数字 H
	実 技			H
	そ 他	オリエンテーション、 就職支援等	オリエンテーション(開講時、閉講時)各3H、 ジョブ・カード作成支援、個別相談、履歴書・経 歴書の書き方と面接方法、キャリアコンサルティング、 《 》	H
総訓練時間数(合計)			H	

※(訓練のレベル) 義務教育を修了の学力を有する方を対象として、職種を問わず就業経験のある方を前提とする。

初級：訓練時間内の他に1日1時間未満の自己学習で関連資格や訓練内容の習得が可能なもの

初級～中級：訓練時間内の他に1日2時間未満の自己学習で関連資格や訓練内容の習得が可能なもの

中級：関連資格を取得するためには、訓練関連の分野で職業経験を必要とするもの。あるいは、訓練内容の習得の為に、訓練時間の他に相当な自己学習が必要なもの

※(訓練のレベル) 該当する□に☑印を記入してください。

※オリエンテーション、就職支援等は、3ヶ月訓練は18H以上、4ヶ月訓練は24H以上で記入のこと。

※訓練内容の就職支援について、独自で取り組む内容があれば、教科の内容の《 》内に記入してください。

※記入方法については、別紙「カリキュラム(記入例)」を参照のこと。

訓練科提案理由書（別紙可）

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

訓練科を提案する理由

提案理由

習得のしやすさへの配慮している点などがあれば、提案理由の他に記入のこと。

カリキュラムの特色

教科や就職支援で一般的なカリキュラムでは実施されない特色があれば、具体的に記入のこと。

期待される効果（就職の可能性等）

理想ではなく、実現可能であること。

訓練修了後、予想される就職先（業種、職種）

過去に就職実績があるもの、あるいは、十分に就職の見込めるものを記入のこと。（75文字以内）

訓練実施経費見積書

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

項 目	金 額 (円)	積 算 内 訳
指導員経費		
実 習 費		
施設設備利用料		
事務経費		
そ の 他		
小 計 (A)		
消 費 税		$(A) \times 8 / 100$
合 計 (B)		
1人1月当たり経費		$(B) / (\text{定員} \times \text{実施月数})$

※1人1月当たり経費が予定単価を超えた場合には、選定対象外となります。

訓練コース実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

平成 年 月 日

法人 (学校) 名
 役職 代表者名

代表者印

訓練実施経費見積書

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

項 目	金 額 (円)	積 算 内 訳
指導員経費		
実 習 費		
施設設備利用料		
事務経費		
そ の 他		
小 計 (A)		
消 費 税		$(A) \times 8 / 100$
合 計 (B)		
1人1月当たり経費		$(B) / (\text{定員} \times \text{実施月数})$

※訓練導入講習費、評価手数料は、含めないでください。

※1人1月当たり経費が予定単価を超えた場合には、選定対象外となります。

訓練コース実施に要する経費として、上記のとおり見積ります。

平成 年 月 日

法人 (学校) 名
役職 代表者名

代表者印

(託児サービスに関する経費)

訓練実施経費見積書

訓練科名

訓練機関名

項 目	金 額 (円)	積 算 内 訳
保育士等経費		
授乳・補水費		ミルク代等： <input type="checkbox"/> 受講者の実費負担 <input type="checkbox"/> 受講者が現物持参
食事・軽食（おやつ）		おやつ代等： <input type="checkbox"/> 受講者の実費負担 <input type="checkbox"/> 受講者が現物持参
オムツ代		オムツ代等： <input type="checkbox"/> 受講者の実費負担 <input type="checkbox"/> 受講者が現物持参
施設設備利用料		
事務経費		
そ の 他		
小 計 (A)		
消 費 税		(A) × 8 / 100
合 計 (B)		
1人1月当たり経費		(B) / (受入可能人数×実施月数)

※積算内訳のミルク代等、おやつ代等、オムツ代等は該当する□に☑印を記入してください。

※1人1月当たり託児サービス経費が委託費上限単価を超えた場合には、選定対象外となります。

託児サービスに要する経費として、上記のとおり見積ります。

平成 年 月 日

法人（学校）名
役職 代表者名

代表者印

講師台帳

訓練科名

訓練機関名

平成 年 月 日現在

担当予定科目	担当予定 講師氏名	常勤・ 非常勤	担当科目 経験年数	資格・免許等	備考
計 人、常勤 人、非常勤 人、平均経験年数 年					

※常勤・非常勤の別を記入して下さい。講師について特記事項がある場合は備考欄に記入して下さい。

※資格・免許等欄は当該委託訓練の担当予定科目に関係する国家資格、公的資格等及び教諭免許（職業訓練指導員免許を含む。）について記入して下さい。

※経験年数は、担当予定科目の講師としての経験年数を記入して下さい。

※記載する講師は、「即戦力」委託訓練を担当する予定の方のみです。

※メイン講師だけでなく、実習時のサブ講師も記載して下さい。

使用教材一覧表

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

教材名	出版社名	価格 (税込定価)	使用科目(分野)	備考
合計金額			円(税込)	

※教材費上限は15,000円(税込)です。

※オリジナル教材等、価格の明らかなものに関しては、ページ数を明示すること。

※割引をした結果、教材費上限15,000円とする場合には、その旨を明示すること。

教材費として徴収するもの以外に、受講者が用意する必要がある教材があれば、品名、価格がわかるよう別紙を作成し添付してください。

(例) 介護職員初任者研修科の実習で使用するジャージ、エプロンなど。

使用ソフト等一覧表

訓練科名

訓練機関名

使用ソフト名	バージョン	使用科目(分野)	備考

使用OS名	バージョン	使用科目(分野)	備考

使用するソフトはありません。(該当する場合、に☑印を記入してください。)

訓練実施運営・就職支援体制

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

1 訓練実施運営体制

責任者（実施施設の長）	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
管理担当者	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
事務担当者 (訓練受講状況等をお問合せする際に、 確実に対応できる方を記入してください。)	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
サービスガイドライン 研修受講者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	左記の2項目とも無の場合は、平成30年度中にサービスガイドライン研修受講又はISO29990の取得をすること。
ISO29990の取得	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

2 就職支援体制

就職支援責任者	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
就職支援担当者	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
	氏名（役職）	E-mail
	TEL	FAX
ジョブ・カードの作成支援	ジョブ・カード作成アドバイザー証保持者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 キャリアコンサルタント国家資格保持者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
職業紹介事業届出の有無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料） <input type="checkbox"/> 無	
就職支援業務の概要 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 職務経歴書・履歴書等の作成指導 必須業務 <input type="checkbox"/> 面接指導 必須業務 <input type="checkbox"/> キャリアコンサルティング 必須業務 <input type="checkbox"/> 委託元と連携した職業紹介 必須業務 <input type="checkbox"/> 校独自の求人情報の提供 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> 企業説明会 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/> その他、就職支援に関し特色ある取り組み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 		
※有の場合は様式第7-2号「3 訓練期間中の取り組みについて」の該当欄又は別紙に記入してください。		

3 問合せ対応（一般の方からの問合せに対応できる方を記入してください。）

問合せ先（訓練実施機関）			
担当者名（2名以上）			
対応可能な時間帯 (年間を通して長期休業がある場合は、記入してください。)	例) 土日祝日を除く平日 9:00～17:00 (例 夏季休業: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成30年●●月●●日～平成30年●●月●●日 冬季休業: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 平成30年●●月●●日～平成31年●●月●●日)		
TEL・FAX	TEL	FAX	
所在地（訓練実施場所）			
ホームページ	http://		

※該当する□に☑印を記入してください。

※担当者等が変更になった場合は、速やかに連絡してください。

※就職支援体制について記入しきれない場合は、別紙を作成し添付してください。

就職支援予定

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

1 就職率向上のための基本的な考え方・方針について

--

2 求人開拓及び求人情報収集への取り組みについて

--

3 訓練期間中の取り組みについて（取り組んでいないものは記載の必要なし。書ききれない場合は別紙に記載し添付してください。）

項目	具体的内容	実施予定時期(月日)
ジョブ・カードの作成支援		
職業紹介事業 (許可を受けている場合のみ)		
職務経歴書・履歴書等の作成指導		
面接指導(マナー、模擬面接、適性検査等)		
キャリアコンサルティング		
委託元と連携した職業紹介		
校独自の求人情報の提供		
企業説明会		
その他、就職支援に関し特色ある取り組み		

4 訓練終了後の継続した就職支援について

項目	具体的内容	実施予定時期(月日)
1 か月目		
2 か月目		
3 か月目		

委託訓練使用教室等の概要

訓練科名 _____

訓練機関名 _____

訓練実施施設の状況	<input type="checkbox"/> 独立施設 <input type="checkbox"/> 建物の1フロア <input type="checkbox"/> 建物の複数フロア (フロア) <input type="checkbox"/> 建物の1室 <input type="checkbox"/> 建物の数室 (室) <input type="checkbox"/> その他 ()
教室確保状況	<input type="checkbox"/> 常設 (通年) <input type="checkbox"/> 非常設 (一時借用)
主な利用駅から	最寄駅 () <input type="checkbox"/> 下車徒歩 分 <input type="checkbox"/> バス乗車 分、 (バス停:) 下車徒歩 分
利用可能な設備・施設	※各教室の面積及び定員が分かるように記載してください。 教室部分 ・ _____ 室、 _____ m ² 、定員 _____ 名 ・ _____ 室、 _____ m ² 、定員 _____ 名 ・ _____ 室、 _____ m ² 、定員 _____ 名 ・ _____ 室、 _____ m ² 、定員 _____ 名 事務所部分 _____ m ² (建物の状況) ア. 竣工: 昭和・平成 _____ 年 イ. _____ 階建 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート <input type="checkbox"/> その他 () (<input type="checkbox"/> 耐火構造 <input type="checkbox"/> 準耐火構造 <input type="checkbox"/> 防火構造 <input type="checkbox"/> 準防火構造)
	面積・定員
	設備状況 <input type="checkbox"/> パソコン (台)、 <input type="checkbox"/> プリンター (台) <input type="checkbox"/> サーバー、 <input type="checkbox"/> プロジェクター、 <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> その他訓練に必要な主な設備 (<input type="checkbox"/> _____ (台)、 <input type="checkbox"/> _____ (台) <input type="checkbox"/> _____ (台)、 <input type="checkbox"/> _____ (台) <input type="checkbox"/> _____ (台)、 <input type="checkbox"/> _____ (台) <input type="checkbox"/> _____ (台)、 <input type="checkbox"/> _____ (台))
	駐輪場 <input type="checkbox"/> 有 (委託訓練生用 台分) <input type="checkbox"/> 無
	建物内 (教室) の移動について ア. 教室は _____ 階 イ. 上下階への移動方法 <input type="checkbox"/> 階段 (ヶ所) <input type="checkbox"/> エレベータ (台)
	使用可能なトイレ 男性用 (ヶ所) ⇒ (大) 台 (小) 台 女性用 (ヶ所) ⇒ 台
	その他利用可能な福利厚生施設の状況 ア. 図書室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 イ. 自習室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ウ. 受講者用ロッカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 エ. 男女別ロッカー・更衣室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 オ. 放課後の実習室・教室開放 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 カ. その他の福利厚生施設 () キ. 県の受動喫煙防止条例を遵守している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	障害者対応設備 ア. 車椅子対応エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (台) イ. 障害者用トイレ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ヶ所、 台) ウ. 障害者用駐車スペース <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※該当する□に☑印を記入してください。

※建物平面図 (訓練で使用する教室、トイレの配置がわかるもの)、写真等を添付してください。

※平面図に避難経路、避難方法 (非常階段、避難はしご等) を記入してください。

※設備状況は、訓練で使用する主な機器について、記入してください。