

エントリーシート記入例 <実践能力習得コース>

障害者委託訓練エントリーシート

令和 〇〇年 〇月 〇日

団体名	社会福祉法人 愛知〇〇会	法人名を省略無く記入してください。
団体所在地	〒450-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区 XX 町〇番地	
団体代表者職氏名	理事長 愛知 太郎	役職も記入してください。
訓練コースの種類	実践能力習得コース	コース名は、簡便に訓練の内容を表す名称をコーディネーターと協議のうえ決定してください。
訓練コース名	清掃訓練コース	
訓練コースの内容	店舗内外の清掃箇所に応じた清掃、商品の加工及びピックアップ、基本的な接客マナー、就職支援講座	技能の名称や資格名等を記入してください。
習得を目指す技能・資格等	清掃業務の補助作業習得	
訓練期間	2 か月	・訓練期間は 3 か月以内とします。 ・月あたり 100 時間(標準)で設定します。 ・日数は実際に訓練を実施する日数とします。 ・時間数はカリキュラムと一致させ、入校式・修了式の時間は訓練時間数に含めないでください。
訓練実施時期	6 月 14 日～8 月 13 日 (40 日間)	
訓練時間数	200 時間	
受講人数	2 人 (訓練実施に必要な人数 最低 1 人以上)	委託訓練に携わる体制を記入してください。
訓練実施場所	名称 社会福祉法人 愛知〇〇会 所在地 名古屋市〇〇区 XX 町〇番地 2F	
訓練実施責任者	施設長 尾張 一郎	受入れ可能な対象障害者(受講予定者の障害種別)に○をつけてください。
担任講師(指導担当者)	施設長 尾張 一郎	
就職支援責任者	施設長 尾張 一郎	
訓練事務担当者	三河 花子	
TEL・FAX・メール	TEL : 052-000-0000 FAX : 052-000-0001 Email : aichi00kai@yhoo.co.jp	
対象障害者	1 身体障害者 () ② 知的障害者 ③ 精神障害者 ④ その他障害者	
備考		

令和 4・5 年度愛知県入札参加資格者名簿に登録されている業者登録番号をお持ちの提案者はお知らせください。

※ 業務分類は問いません。また、登録申請中の方は、
「申請中」と記載してください。

業者登録番号	
--------	--

- 注 1 開始予定日の 3 週間前に提出
注 2 受講予定者がある場合は、受講予定者名簿を添付