**資料№４**

様式第１号

**山梨県離職者等再就職訓練事業受託申請書**

（委託職業訓練（長期高度人材育成コース））

令和　　年　　月　　日

山梨県立就業支援センター所長　殿

住　所

機関(法人)名

代表者職・氏名　　　　　　　　　印

山梨県が実施する次の離職者等再就職訓練事業を受託したく申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　訓練科(コース)名 |  |
| ２　訓練科(コース)の開講  時間 | ：　　　～　　　：　　　（１日当たり　時間） |
| ３　訓練科(コース)休講  曜日 |  |
| ４　訓練科(コース)の実施  形態 | □独立したクラスとして実施する。  □本科生と同じクラスに編入して実施する。 |
| ５　受入れ可能人数  (最少開講人数) | 人  （　　　　人） |
| ６　教材費等受講者負担額  （２年間）  ※１年間のコースは１年間 | □テキスト代　　　　　　　　　　円  □材料費等　　　　　　　　　　　円  □その他〔　　　　　　　　〕　　　　　　　円  　　　　〔　　　　　　　　〕　　　　　　　円  　　　　〔　　　　　　　　〕　　　　　　　円  　　　　〔　　　　　　　　〕　　　　　　　円  　　　　〔　　　　　　　　〕　　　　　　　円 |
| ７　申請書添付書類 | 別紙様式第２号から第８号及び任意様式のとおり |

（※電子データにより提出する場合）

発行責任者：

担当者：

連絡先：

様式第２号

教　育　訓　練　機　関　の　概　要

訓練科(コース)名　　　　　　　　　コース　　機関(法人)名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教育訓練機関(法人)名及び  種別 | □専修・各種学校　　□大学・短大  □企　業　　　　　　□そ の 他 | | | | | | | | | |
| 代表者職・氏名 |  | | | | | | | | | |
| 教育訓練機関  所在地等 | 〒  TEL　　　　　(　　)  FAX　　　　　(　　) | | | | | | | | | |
| 従　業　員　数  (R○.9月末現在) |  | | 事務部門 | | 教育部門 | | 合　　計 | | | |
| 常　勤 | | 人 | | 人 | | 人 | | | |
| 非常勤 | | 人 | | 人 | | 人 | | | |
| その他 | | 人 | | 人 | | 人 | | | |
| 設　立　年　月　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 教育訓練開始年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 消費税の納税義務 | | | □課税事業者　　　　　　□免税事業者 | | | | | | | |
| 生　徒　総　数（R○.9月末現在） | 人 | | | | | | | | | |
| 定　　員　　数  （R○.9月末現在） | 人 | | | | | | | | | |
| ※直近、３年間における○○○○養成課程(2年もしくは1年課程)修了者の正社員就職率を記入して下さい。  （介護福祉士・保育士養成コースの場合は就職率を記入して下さい。） | | | | | | | | | | |
| 実施コース名 | | コース内容 | | 実施時期 | | 対象者 | | 実施人数 | 就職率（％） |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  |

様式第３号

訓　練　実　施　施　設　の　概　要

訓練科(コース)名　　　　　　　　　コース　　　機関(法人)名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訓練実施施設名 | |  |
| 訓練実施施設  所　在　地 | | 〒  TEL　　　　(　　　)　　　　　　　FAX　　　　(　　　) |
| 訓練実施施設までの交通案内及び  駐車場の状況 | | 線　　　　　　　　駅　から　　バス　　　　　分  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徒歩　　　　　分  当該コースに係る駐車場　　　　　　　　台分 |
| 訓練実施施設の状況 | | □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（　　　　　） |
| 建物の権利関係 | | □所有　　　□賃貸　用途・使用目的等に教室利用が記載されているか。  　　　　　　　　　　　　□有　　　□無 |
| 利　　用　　可　　能　　な　　設　　備　　・　　施　　設 | 面積・定員 | 教 室 部 分  合計：　　　　㎡  各教室の面積を明らかにしてください。  □Ａ教室：　　　　㎡　・　定　員　　　名　・一人当たり面積　　㎡  □Ｂ教室：　　　　㎡　・　定　員　　　名　・一人当たり面積　　㎡  □Ｃ教室：　　　　㎡　・　定　員　　　名　・一人当たり面積　　㎡  □Ｄ教室：　　　　㎡　・　定　員　　　名　・一人当たり面積　　㎡  ※当該訓練科（コース）に使用する教室のみ記入 |
| 設備状況 | 訓練に関する設備・機器（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）既存の資料可  ＰＣ　　　　　　　　台  プリンタ　　　　　　台  ＬＡＮ　　　　　　　□有　　　□無  サーバ　　　　　　　□有　　　□無  ビデオプロジェクタ　□有　　　□無  インターネット設備　□有　　　□無 |
| 休憩所 | □有　　　　　　　　□無 |
| 自習室 | □有　　　　　　　　□無 |
| 図書室 | □有　　　　　　　　□無 |
| トイレ | □有　　□男女各階　　□男女一階おき　　□多目的（　カ所）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □無 |
| その他利用  可能な福利  厚生施設の  状況 | ・ロッカー　　□有　　□無　　　　・食 堂　□有　　□無  ・自動販売機　□有　　□無　　　　・売 店　□有　　□無  ・コンビニエンスストア（徒歩５分以内）　　 □有　　□無  ・その他の福利厚生施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式第４号

訓練実施施設の運営・就職支援体制

訓練科(コース)名　　　　　　　　　コース　　　機関(法人)名

１　訓練実施・運営体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訓練実施施設責任者 | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 事務責任者  （訓練受講状況等をお問い合わせす  る際に、確実に対応できる方を記入し  て下さい。） | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 訓練責任者  （カリキュラム等訓練内容等をお問合せする際に確実に対応できる方を記入して下さい。） | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |

２　選考試験・面接実施体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選考・面接試験実施責任者 | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 実施教室（場所）等 | （教室面積　　　　㎡　　定員　　　　名） | |
| 選考・面接試験実施内容  採点体制など |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３　就職支援体制　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式第４号 | | |
| 就職支援責任者 | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 就職支援担当者 | 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 職・氏名 | E-mail |
| ＴＥＬ | ＦＡＸ |
| 就職相談室の有無 | □有　　□無 | |
| 上記が有の場合その形態 | □個室　□間仕切したスペース　□間仕切なしのスペース | |
| 無料職業紹介事業届出の有無  (無の場合は取得見込時期) | □有　　　　年　　月　　日　　　　　号  □無　　　　年　　月　　日　　取得見込 | |
| 有料職業紹介事業許可の有無  (無の場合は取得見込時期) | □有　　　　年　　月　　日　　　　　号  □無　　　　年　　月　　日　　取得見込 | |
| 就職支援の内容  ○ 職務経歴書等の作成指導 □可 □不可  ○ 面接指導 □可 □不可  ○ キャリアコンサルティング □可 □不可  ○ 独自の求人開拓 □可 □不可  ○ 求人情報の提供・更新 □可 □不可  ○ 職業紹介 □可 □不可  ○ 定着支援 □可 □不可 | | |
| 訓練終了後の修了生に対する就職支援体制について具体的に記入してください。 | | |

様式第４号

**【キャリアコンサルタント等の配置】**

**下の１～２のうち、該当する番号に○をして、必要事項を記載してください。**

１　配置済

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 雇用期間、勤務形態等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※資格取得の確認できる書類（資格証等）の写しを添付のこと。

２　配置予定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配置予定人数 | 配置予定時期 | 雇用予定期間、勤務形態等 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**【職業訓練ガイドライン研修受講者の配置】**

　受講済の方について、必要事項を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 雇用期間、勤務形態等 |
|  |  |
|  |  |

※受講の確認できる書類（修了証等）の写しを添付のこと。