

宮崎県商工観光労働部雇用労働政策課長 様

住 所
機関（法人）名
代表者職・氏名

印

令和6年度宮崎県公共職業訓練（委託訓練）事業企画提案書の提出について

令和6年度に宮崎県が実施する職業訓練を受託したく、下記及び別添のとおり提出します。

また、募集要領に規定する受託資格要件、仕様書に規定する受託対象要件に該当することを誓約します。

記

1 実施地区	
2 受託希望コース番号	
3 訓練科名	
4 定員	
5 訓練施設名 (所在地)	

令和6年度

宮崎県公共職業訓練(委託訓練)企画提案書

法人名	
受託コース番号	
訓練科名	
訓練対象者	
訓練期間	～

法人名 0
 訓練科名 0
 提案書作成者

様式第 1 号

法 人 の 概 要

法 人 名	0
所 在 地	〒 TEL FAX
代表者 役職・氏名	
法人の属性	専修学校・各種学校・事業主団体・事業主・大学・NPO法人 その他()

※上記法人の属性において、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	〒 TEL FAX		
訓練実施地区 (安定所単位)	宮崎 ・ 延岡 ・ 日向 ・ 都城 ・ 日南 ・ 高鍋 ・ 小林		
従 業 員 数 (訓練施設に限る)		事務部門	教育訓練部門
	常 勤		0人
	非 常 勤		0人
設立年月日			

過去3年間に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。

委託先	実施コース名		訓練内容	実施年度	訓練期間	対象者	※就職率	※回収率
宮崎県	1							
	2							
	3							
	4							
労働局	1							
	2							
	3							
	4							

※就職率は、県に報告した訓練修了後3か月以内の就職率を記入してください。その他の訓練については委託元等に報告した就職率を記入してください。

※回収率は、県に報告した訓練修了者及び就職のための中途退者の訓練修了後3か月以内の就職状況について、訓練修了生等から回収した就職状況報告書の回収率を記入してください。

〔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	
実質事務担当者 (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ください。)	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	
就職支援責任者	氏名(役職)		TEL	
	FAX		Eメールアドレス	

訓練カリキュラム

訓練科名	0
訓練目標	
仕上がり像	※この訓練を修了した後に、修了生はどのような職業に就き、またその職場でどのように活躍できるかを具体的にご記入ください。
取得可能な資格	※過去に同様のコースを実施している場合は、資格の取得率等の実績も記入してください。

訓 練 内 容

	科 目	内 容	時間数		
			合計	学科	実技
訓 練 の 内 容			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
			0		
	1日の訓練時間	～ 訓練時間 休憩時間 0時間00分	総訓練時間	総訓練日数 ①学科 0時間 ②実技 0時間 ※うち 職場実習 (日数	日間 0 時間 時間 日間)

※入校式や修了式は訓練時間には含まれないため、総訓練時間からは除いてください。

※時間数は「①学科」「②実技（職場実習含む）」に分けて記入してください。（職場実習がある場合は「②実技」に含めて記入し、別に職場実習の時間も記入してください。）

訓練計画表

(年 月 ～ 年 月)

実施月 (実施週)	科目	内容	時間数			備考
			合計	学科	実技	
1 月目 (1 週目)			0 0 0 0 0			
(2 週目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
(3 週目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
(4 週目)			0 0 0 0 0 0 0 0 0			
1 月目 合計 →			0	0	0	

訓練計画表

(年 月 ～ 年 月)

実施月 (実施週)	科目	内容	時間数			備考
			合計	学科	実技	
2 月 目 (1 週 目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
(2 週 目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
(3 週 目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
(4 週 目)			0 0 0 0 0 0 0 0			
2 月 目 合 計 →			0	0	0	

訓練計画表

(年 月 ～ 年 月)

実施月 (実施週)	科目	内容	時間数			備考
			合計	学科	実技	
3 月 目 (1 週 目)			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
(2 週 目)			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
(3 週 目)			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
(4 週 目)			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
			0			
3 月 目 合 計 →			0	0	0	
合 計	総訓練時間 0 時間					
	①学科 0 時間					
	②実技 0 時間					
	※職場実習 時間					

カリキュラム作成において

なぜ、その訓練内容にしたのかを記入してください。
また、当該訓練カリキュラムの中で、セールスポイントを記入してください。

※訓練効果を高めるための取り組みや、訓練を行うに当たって工夫していること等について、記入してください。

【受講生による購入が必要なもの】

教材名	出版社名	税込価格（円）	使用する科目
合 計		0円	

[illegible]

講 師 名 簿

担当 科目	氏名	年齢	勤務 形態	講師の 経歴	経験 年数	免許・資格

注) 1 実際に担当する講師のみ記入してください。

補助講師の場合は、担当科目の下に「(補助)」と記入してください。

2 勤務形態は、該当するものに○をつけてください。

3 講師の経歴及び経験年数は、担当する訓練内容に対しての経験を記入してください。

4 免許・資格は、担当する訓練内容に関する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。また、記入した免許等の証書の写しを講師名簿順(上から順に)に添付してください。(非常勤職員含む)

【講師へのサポート体制・教育指導】

※講師に対する研修や指導等、講師の質向上のために実施していることを具体的に記入してください。

就 職 支 援 担 当 者 名 簿

氏 名	年 齢	勤務 形態	経 歴	経 験 年 数	免許・資格		サービスガイド ライン研修	
					資格名	有効期限	受講の 有無	有効 期限

就職支援責任者（訓練実施日数のうち50％以上の日数は、当該訓練実施施設にて業務を行うこと。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--

就職支援担当者

※1 免許・資格は、就職支援等に関する経歴、経験年数、免許・資格（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、職業訓練指導員免許等）を記入してください。

※2 就職支援責任者は、就職支援を担当する者のうち責任者を記入してください。

就 職 支 援 実 施 計 画

① キャリア・コンサルティングの回数：訓練生 1 人あたり 回

具体的な実施時期 ：

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。

③ ②とは別に、公共職業安定所の活用や連携について具体的に記入してください。

④ ②とは別に、求人開拓の取組を具体的に記入してください。

⑤ 訓練修了者への就職支援として実施していることがあれば記載してください。

職場実習（再委託）先事業所一覧

	事業所名	所在地	受入予定者数	実習内容	従業員数
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
受入予定者合計			0人		

訓練導入講習

	科目の内容	時間数
講 習 の 内 容		
講習時間 2 4 時間		

デュアルコース受講者に対して考慮していること

デュアルコース受講者に対して考慮していること（訓練（4か月））を記入してください。

託児サービスの内容および提供施設の概要等

1 託児サービスの内容について

(1) 託児定員 名

(2) 施設の分類

	訓練実施施設内	訓練実施施設外
保育所		
認可外保育施設		
一時預かり事業を行う施設		

(3) 訓練実施施設外で行う保育の概要 ※上記(2)で訓練実施施設外を選択した場合に記入

施設名	
所在地	
訓練実施場所からの移動方法	
移動時に付き添う保育士数	
移動時の安全配慮、 事故等への対応、保障	
移動先での保育体制	

(4) 保育のプログラム(1日の基本スケジュール等)

※1日のスケジュールを具体的に記入すること。(任意)

(5) 訓練受講者(保護者)の負担

昼食	1回・1日・1月・3月	現物・代金	(円)
おやつ	1回・1日・1月・3月	現物・代金	(円)
	1回・1日・1月・3月	現物・代金	(円)

※該当するものに○をつけること。

法人名	0
訓練科名	0

2 託児サービス提供移設の概要

施設							
所在地							
担当者及び電話番号							
現在開設している又は開設予定施設の概要、特徴	開所時間						
	受入れ年齢						
	入所定員数	名					
	現在入所児童数 (不定の場合は過去半程度の平均数)	合計	0			名	
		(内訳) 昼間				名	
		0歳児		名	1歳児		名
		2歳児		名	3歳児		名
		4歳児		名	5歳児～		名
	開設年月						
	敷地面積	㎡					
	建物面積	㎡					
	経営主体名称						
	施設長名 (所長、園長)						
	種別従業員数	施設長				名	
		保育士				名	
		保健師、看護師				名	
栄養士					名		
調理員					名		
その他 (医師・事務員等)					名		
総数					名		
保育の方針、特徴							

※パンフレット、規約、定款等の託児サービス提供機関の概要がわかるものを、添付してください。