（様式２）（１）

受託希望機関の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託希望  機 関 名 |  | 訓練  番号 |  | 訓練  科名 |  |

１　受託希望機関

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | | 〒  電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 | | | |
| 【岩手県外に本社がある場合】 | | | | | |
|  | 事業所名 |  | | | |
| 所在地 | 〒  電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 | | | |
| 代表者役職・氏名 |  | | | |
| 機関の属性 | | □専修学校　□各種学校　□事業主団体　□事業主　□大学  □ＮＰＯ法人　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 従業員数 | |  | 事務部門 | 教育部門 | 合　　計 |
| 常　勤 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 |
| 設立年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 職業訓練サービスガイ  ドライン適合事業所 | | □認定を受けている  ・認定証発行番号（　　　　　　　　　　　）  ・認定証発行日（　　　　年　　月　　日）  ・認定証有効期限（　　　　年　　月　　日）  □認定を受けていない | | | |

（様式２）（２）

受託希望機関の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受託希望  機 関 名 |  | 訓練  番号 |  | 訓練  科名 |  |

２　スクーリング（通所）実施場所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 施設名称 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 |
| (2) | 施設名称 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 |

３　訓練実施運営体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 責任者 | 氏名（役職） |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 実質事務担当者 | 氏名（役職） |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 事務局体制 | 常時対応できる人数（　　）人　当該コース担当者（　　）人 | |
| 事務局職員の経験年数 | （　　）年（　　）か月 | |
| 職業訓練サービスガイ  ドライン研修受講状況 | □受講済（　年　月）□受講予定（　年　月）□未受講 | |

※１　項目に対して該当する内容を■で塗りつぶし、必要に応じて当該箇所のかっこ内に具体的な内容を記載すること。

※２　スクーリング（通所）実施場所が３か所以上になる場合は、適宜記載欄を追加すること。

※３　実質実務担当者は、受講状況等を確認する際に、確実に対応できる者とすること。