（様式２）

受託希望機関等の概要

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

**１　受託希望機関等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | | 〒 | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | |
| 代表者役職・氏名 | |  | | | |
| 【県外に本社がある場合】 | | | | | |
|  | 事業所名 |  | | | |
|  | 所在地 | 〒 | | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | |
|  | 代表者役職・氏名 |  | | | |
| 実施施設の属性 | | □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 | | | |

**２　訓練実施場所**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |

**３　訓練実施運営体制**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 責任者 | 氏名（役職） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 実質実務担当者 | 氏名（役職） |  |
| TEL |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 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　機関の属性欄は、該当する内容を■で塗りつぶすこと。その他の場合は、かっこ内に具体的な内容を記載すること。

※２　実質事務担当者は、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。