

有期実習型訓練に係る訓練カリキュラム

| 訓練コース名 | | | | | 実習等(OJT) 実施場所 | 訓練担当者 (役職、氏名等) | |
|------------|-----------------|----------------|-----------|--------------------------|------------------|-------------------|--|
| 職務名又は教科名 | | 職務又は教科の内容 | 時間 | 座学等(OFF-JT) 実施主体・実施場所 | 講師名等 | | |
| 有期実習型訓練の内容 | 実習 (OJT) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | OJT計 | | | 時間 | | |
| | OFF-JT (座学等) | 学 科 (講習) | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 実技 (演習) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | Off-JT計 | 時間 | | | |
| | | | 有期実習型訓練合計 | | 時間 | | |

対象者氏名： _____

上記訓練カリキュラムに基づきキャリアコンサルティングを実施しました。

キャリアコンサルティング実施日： _____年 ____月 ____日

ジョブ・カード作成アドバイザー氏名： _____

登録番号： _____

記入上の注意

- 1 OJTの職務名は、事業所における職務又は作業を分析し、訓練において指導すべき作業の要素、それに関連する知識の項目、訓練参加者に課す仕事を考慮して設定してください。
- 2 OFF-JTの教科名は、事業所でのOJTを補完する基本的な知識や技能、事業所にとって能力要素として必要ではあるがOJTでは修得できない知識や技能などを学ぶための教科を設定してください。
- 3 設定した職務又は教科の内容は、おおよその内容とその順序がわかるように記述してください。
- 4 OFF-JTで学ぶ要素がOJTに含まれるよう設定し、OFF-JTとOJTが効果的に組み合わせられるようにしてください。
- 5 ジョブ・カード作成アドバイザーによるキャリアコンサルティングは訓練の対象労働者が作成したジョブ・カードのほか、このカリキュラムとこのカリキュラムに基づく有期実習型訓練に係る訓練計画予定表（様式3－2号（別添様式2））を用いて実施しなければなりません。