

障害者委託訓練(e-ラーニングコース)受講申込書

千葉県が実施する障害者委託訓練(e-ラーニングコース)を受講したいので下記により申し込みます。

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

受付番号

*

(ふりがな) 氏名				性別	男 女	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)				
現住所	(〒 -)										
	[電話 日中連絡のつく連絡先 ()]			[FAX ()]							
E-Mail	※フリーメールは不可										
登録支援機 関・利用施設	[TEL ()] [FAX ()]										
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校(中等教育学校前期課程) <input type="checkbox"/> 高校(中等教育学校) <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学(院) <input type="checkbox"/> 盲学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 聾学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 特別支援(養護)学校(中学部・高等部) <input type="checkbox"/> その他()										
職 歴 (新しいものから 順に2か所記入 してください)	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由							
		年 月 ~ 年 月									
		年 月 ~ 年 月									
パソコン 使用環境	[使用パソコン] メーカー名:() 機種名:() [使用OS] () [お持ちのソフト] Microsoft Word (バージョン名) Microsoft Excel (バージョン名) Power Point (バージョン名) Internet Explorer (バージョン名) その他のoffice系 (ソフト・バージョン名)										
資格等											
志望理由	裏面の記載欄に、具体的に記入してください。										
障害者 手 帳	() 都・道・府 県・市	第 号	年 月 日交付	障害の級別 級							
障害名			障害区分 (身体障害者の方は 御記入ください)	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚							
公共職業 安定所への 求職登録	(公共職業安定所名)		<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">公共職業 安定所 記載欄</td> <td>* 平成 年 月 日受付</td> </tr> <tr> <td>* 担当者</td> </tr> <tr> <td>* 特記事項</td> </tr> </table>					公共職業 安定所 記載欄	* 平成 年 月 日受付	* 担当者	* 特記事項
公共職業 安定所 記載欄	* 平成 年 月 日受付										
	* 担当者										
	* 特記事項										

【注意】1 □のある欄は、□にレ印を記入してください。

【注意】2 * 欄は、記入する必要はありません。

※ここに記載されたあなたの個人情報、目的外に利用
することはありません。ただし、この講座は民間教育
訓練機関へ委託するため、委託先機関へ上記情報を
提供することについて、予め御了承ください。

千葉県立障害者高等技術専門校 受理年月日	*
-------------------------	---

志望理由記入欄

(具体的に記入してください。)

e-ラーニングコース用

志望の理由

(なぜこの講座を志望しましたか。)

受講の目的

(受講した内容をどのような職業で活用したいですか。)

受講上の留意点

(あなたがこの講座を受講する上で留意してもらいたい点があれば、御記入ください。)
