

様式1

## 障害者委託訓練(在職者訓練)受講申込書(知識・技能習得コース) (身体障害・精神障害・発達障害のある方)

受付番号
*

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練)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

希望する会場	講座番号( )				
(ふりがな)氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
現住所	(〒 - ) [ 電話 ( ) ] [ FAX ( ) ]				
緊急連絡先	[ 電話 ( ) ] [ FAX ( ) ]				
登録支援機関・利用施設	[ 電話 ( ) ] [ 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 <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"/> 養護学校又は特別支援学校(中学部・高等部) <input type="checkbox"/> その他( )				
現在の所属	会社等の名称		入社年月日		職務内容
			年 月 日		
	住所				電話
取得資格等					
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	
使用補装具等	杖、車椅子、義手、義足、その他、使用している補装具等		服薬等		
公共職業訓練の受講歴	有 無	訓練の名称・コース・訓練機関等	受講期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

【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。

*(受理年月日)
----------

※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、この講座は民間の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。

## 志望理由記入欄

(具体的に記入して下さい。)

知識・技能習得コース(身体障害・精神障害・発達障害のある方)用

### 志望の理由

(なぜこの訓練を志望したのか)

### 訓練の目的

(「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」「職種転換を希望する場合はその職種を希望」など)

### 訓練に関する希望

(1)希望する訓練時期 [ 月(初・中・下)旬 ~ 月(初・中・下)旬ごろ ]

(2)希望する訓練期間・時間 [( 1・2・3 ) か月程度または( )時間程度]

(3)希望する訓練時間 [ 時 分頃 ~ 時 分頃 ]

(4)その他、訓練に対する希望や配慮してほしいことなど