

様式1

しょうがいしゃいたくくんれん ざいしよくしゃくくんれん じゅこうもうしこみしよ ちしき ぎのうしゅうとく  
**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)**

ちてきしょうがい かつた  
**(知的障害のある方)**

うけつけばんごう 受付番号
*

ちばけん じつし しょうがいしゃいたくくんれん ざいしよくしゃくくんれん じゅこう  
 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。

ちばけんりつしょうがいしゃこうとうぎじゅつせんもんこうちよう さま  
 千葉県立障害者高等技術専門校長 様

きぼうするかいじょう 希望する会場	こうざばんごう 講座番号( )				
(ふりがな)	せいべつ 性別	せいねんがつび 生年月日			
しめい 氏名	おとこおんな 男・女	ねん 年	がつ 月	にち 日	(さい 歳)
じゅうしょ 住所	〒			でんわばんごう 電話番号	
ほごしゃしめい 保護者氏名				きんきゆうれんらくようでんわばんごう 緊急連絡用電話番号	
とうろくしえんきかん 登録支援機関 ・利用施設				でんわばんごう 電話番号	
さいしゅうがくれき 最終学歴	(そつぎょうがっこうめいきにゅう 卒業した学校名を記入してください。)				
げんざいしよぞく 現在の所属	かいしゃとうのめいしよ 会社等の名称		にゅうしねんがつび 入社年月日		しごとないよう 仕事内容
			ねん 年	がつ 月	にち 日
	じゅうしょ 住所				でんわ 電話
りょういくてちよう 療育手帳	あり しんせいちゆう 申請中	とどうふ 都道府 ( ) けんし 県市	ねん 年	がつ 月	こうふ 交付 障害の ていど 程度
しぼう 志望の動機					
くんれん 訓練	うけることによつてきぼうするしよくしゅ を受けることによって希望する職種				
いままでににじゅこう 今までに受講した こうきょうしよくぎょうくんれん 公共職業訓練	あり なし	くんれんなまえ 訓練の名前 コース・場所	じゅこうきかん 受講期間	ねん 年	がつ 月
とくい 得意なこと・資格など					
きぼう 希望する訓練時期	ねん 年	がつ 月	～	ねん 年	がつ 月
きぼう 希望する訓練期間または訓練時間	[ ( 1・2・3 ) か月程度または ( ) 時間程度 ]				
くんれんちゆう 訓練中の配慮事項					

ちゅうい  
【注意】 \* 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は、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。