

# 障害者委託訓練(デュアルシステムコース)受講申込書

ちてきしょうがい 知的障害のある方 かた

うけつけばんごう  
受付番号

\*

ちばけん 千葉県が実施するしょうがいしゃいたくくんれん 障害者委託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ゆつせんもんこうちやう 千葉県立障害者高等技術専門学校 さま  
校長 様

希望する 訓練講座					
(ふりがな)	性別	生年月日			
氏名	男・女	昭和・平成	年	月	日 (歳)
住所	〒			電話番号	
保護者氏名	緊急連絡用電話番号				
登録支援機関 ・利用施設				電話番号	
最終学歴	在学期間		卒業した学校名		
	昭和・平成	年	月	～	年
職歴	事業所名	在職期間		仕事内容	
		昭和・平成	年	月	日
		昭和・平成	年	月	日
		昭和・平成	年	月	日
療育手帳	・あり ・申請中	都・道・府 県・市	昭和・平成 年	月	日交付 障害の 程度
使用補装具等			服薬等	裏面の記載欄に、具体的に記入してください。	
公共職業安定所 への求職登録	・あり ・なし	公共職業安 定所の名前	雇用保険 の受給	・あり ・なし 平成 年 月 日まで	
今までに受講した 公共職業訓練	・あり ・なし	訓練の名前・ コース・場所	受講期間	昭和 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
働くことにつ いての目標	(あてはまるものにすべて○をつけてください。) 1 通勤、職場でのあいさつ、報告、連絡、相談などの基本的な労働習慣を身につける 2 働くことに対する意識をしっかりとるようになる 3 作業を確実に行うこと 4 動作を機敏に行うこと 5 その他 ( )				
得意なこと・資格など					

【注意】 \* 欄は記入しないでください。

※ここに記載されたあなたの個人情報(訓練支援以外)を使用することはありません。  
※訓練支援のため、申込書、障害者手帳及び医師の診断書・意見書(提出済みの方)の写しを委託先に提供することについてご了承ください。

# 志望理由記入欄（具体的に記入してください。）

\* デュアルシステムコース

志望理由

（なぜこの講座を志望したのか・受講した内容をどのような職業で活用したいのか等）

服薬

薬の名前

受講上の留意点

訓練機関が配慮すべき点があればご記入ください      例：座る場所を前の方にしてほしい等

* 公共職業安定所 記載欄	平成    年    月    日 受付	公共職業安定所 担当者		
	受講指示予定	・ 受講推薦予定	・ 支援指示予定	・ 斡旋なし
	(特記事項)			

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