

障害者委託訓練受講申込書(作業実務・企業実践コース)

(身体障害・精神障害・発達障害・高次脳障害のある方)

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

希望する講座	(どちらかに○をつけてください。) ・作業実務コース ・企業実践コース		希望する機関名				
(ふりがな)氏名			性別	男 女	生年月日	昭・平	年 月 日 (歳)
現住所	(〒 -) 電話: 携帯: FAX:						
緊急連絡先		[電話 ()]			[携帯電話 ()]		
		※ご本人以外の連絡先を記入してください					
登録支援機関・利用施設		[電話 ()]			[携帯電話 ()]		
最終学歴		在学期間		校 名			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
		昭和・平成 年 月 ~ 年 月					
		会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由		
職 歴 (新しいものから順に記入してください)			昭・平 年 月 ~ 年 月				
			昭・平 年 月 ~ 年 月				
			昭・平 年 月 ~ 年 月				
			昭・平 年 月 ~ 年 月				
			昭・平 年 月 ~ 年 月				
障害者手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	昭・平 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 ご記入ください)	<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	裏面の記載欄に、具体的に 記入してください。			
公共職業訓練の受講歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	訓練の名称・コース・ 訓練機関等	受講期間	昭・平 年 月 日 から 年 月 日 まで			
公共職業安定所の求職登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(公共職業安定所名)	雇用保険受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(受給期限) 平成 年 月 日まで		

【注意】1 □のある欄は、□にレ印を記入して下さい。

【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を訓練支援以外に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（具体的に記入して下さい。）

* 作業実務・企業実践コース

志望の理由

（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）

--

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	
昭・平 年 月 日	

服薬

薬の名称	薬の名称

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）

--

訓練に関する希望

(1) 希望する訓練時期

平成 年 月 日頃

(2) 希望する訓練期間

(1・2・3) か月程度

* 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)	
----------------------	-----------	--