

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)

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

* 記入例

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	0000		
(ふりがな)氏名			性別	男 女	生年月日	昭(平)00年0月00日生 (00歳)
現住所	(〒266-0014) 千葉県緑区大金沢町××××× 電話: 043(291)0000 携帯: 090(650×)×××× FAX: 043(291)0000 固定電話がある場合は必ず記入してください					
緊急連絡先	実家		病气や事故等で緊急に連絡が必要な場合の連絡先を記入してください。 (例)ご実家、ご家族の携帯電話等 ※ご本人の携帯電話は緊急連絡先になりません			
登録支援機関・利用施設	00作業所、××支援センターなど ※ハローワークは除きます					
最終学歴	在学期間	校名		<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退		
	昭(平)平成0年4月~0年3月	××高等学校				
(新しいものから順に記入してください)	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由		
	000(株)	昭(平)22年4月~23年3月	警備	会社縮小のため		
	(有)00	昭(平)21年4月~22年4月	販売員	業務縮小のため		
		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		
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	過去に公共職業訓練の受講歴がある方は記入してください		職業等	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 checked="" type="checkbox"/> 訓練の名称・コース・訓練機関等 基金訓練 OOPC教室			受講期間	昭(平)18年4月15日から18年7月14日まで(受給期限)	
公共職業安定所の求職登録	<input checked="" type="checkbox"/> (公共職業安定所名) 千葉	<input checked="" type="checkbox"/> 求職登録をしている公共職業安定所を記入してください		雇用保険受給	<input checked="" type="checkbox"/> 平成00年0月00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、雇用保険受給中の方は記入してください

※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）

【記入例】

○訓練内容が自分にあっている。再就職に向けて有益な訓練と考えられるため。

○軽作業等、身体を動かして働くことを望んでいる。

など

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭(平) 7年 10月 15日	第二種電気工事士
昭(平) 15年 9月 18日	ホームヘルパー2級
年 月 日	

服薬

薬の名称	薬の名称
リントン	
タスモリン	

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）

【記入例】

月2回程度通院の必要がある。

など

訓練に関する希望

(1) 希望する訓練時期

平成 〇年 〇月 〇日頃

(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 ご希望の内容により、希望訓練施設以外での受講を勧める場合があります
	受講指示予定 ・ 受講推薦予定 ・ 支援指	
	(特記事項)	

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