



障害者委託訓練(eラーニングコース)受講申込書

千葉県が実施する障害者委託訓練(eラーニングコース)を受講したいので下記により申し込みます。

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

ふりがな		氏 名		性別	男 女	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
現 住 所		(〒 -) 電話: () 携帯: () FAX: ()					
e-M a i l							
緊急連絡先 (続柄等)		() [電話 ()] ※御本人以外の連絡先を御記入ください。 [携帯電話 ()]					
登録支援機関 ・利用施設等		[電話 ()] ※ハローワーク以外を御記入ください。					
最終学歴		在学期間		学 校 名			
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月				昭・平・令 年 月 ~ 年 月	
職 歴 ※新しいものから 順に、御記入く ださい。		会社等の名称		在職期間		職務内容	
				昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
				昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
パソコン 使用環境		[使用パソコン] メーカー名:() 機種名:() [使用OS] () [パソコンの性能] CPU:() メモリ:() HDD:() [ブラウザ] () [セキュリティソフト] () [ソフトウェア] () [通信環境] () [周辺機器] ()					
障害区分		□視覚 □聴覚 □上肢 □下肢 □内部 □知的 □精神 □発達 □高次脳 □難病				障害名	
障 害 者 手 帳		() 都・道・府 県・市		第 号		昭・平・令 年 月 日交付	
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	
公共職業 安定所の 求職登録		有 無		(公共職業安定所名)		雇用保険 受給	
						昭・平・令 年 月 日 から 年 月 日 まで	
						(受給期限) 令和 年 月 日まで	

【注意】1: □のある欄は、□にレ印を御記入ください。 【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。
(ただし、緊急時医療機関等に情報を提示する場合があります。)

※訓練支援のため、申込書、障害者手帳及び医師の診断書・意見書などの写しを委託先に提供することについて御了承ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

志望の理由

（なぜこの講座を志望したのか・受講する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・令 年 月 日	
昭・平・令 年 月 日	
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬等

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	月 ・ 週	回程度／（曜日）
-------	---------	------	-------	----------

薬の名称	
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）	（ 朝・昼・夕・就寝前 ）
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）	（ 朝・昼・夕・就寝前 ）
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）	（ 朝・昼・夕・就寝前 ）

受講上の留意点

（受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例：障害の状態によりスクーリングの参加が難しい等）

--

* 公共職業 安定所 記載欄	令和 年 月 日 受付	公共職業安定所 担当者
	受講指示予定（雇用保険 ・ 訓練手当 ） ・ 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 テクノスクール 記載欄	（ 受 理 年 月 日 ）	



しょうがいしゃいたくくんれん

障害者委託訓練(eラーニングコース)受講申込書

じゅこうもうしこみしよ

うけつけばんごう
受付番号

*

千葉県が実施する障害者委託訓練(eラーニングコース)を受講したいので下記により申し込みます。

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

ふりがな			性別	男 女	生年月日	しょうへい 昭・平	ねん 年	がつ 月	にち 日	うまれ 生
氏名										(歳)
現住所	(〒 -) でんわ 電話: () けいだい 携帯: () FAX: ()									
e-Mail										
緊急連絡先 (続柄等)	() [電話 ()] ※御本人以外の連絡先を御記入ください。 [携帯電話 ()]									
登録支援機関 ・利用施設等	※ハローワーク以外を御記入ください。 [電話 ()]									
最終学歴	さいがく 在学期間		がく 学 ころ 校 名							
	しょうへい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月								そつ 卒業 ちゅう 中退	
職歴	かいしゃとう 会社等の名称		ざいしやく 在職期間		しよくむないよう 職務内容		たいしよくりゆう 退職理由			
※新しいものから 順に、御記入く ださい。			しょうへい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月							
			しょうへい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 ~ ねん 年 月							
パソコン 使用環境	[使用パソコン] メーカー名:() 機種名:()									
	[使用OS] ()									
	[パソコンの性能] CPU:()									
	メモリ:()									
	HDD:()									
	[ブラウザ] ()									
	[セキュリティソフト] ()									
	[ソフトウェア] ()									
[通信環境] ()										
[周辺機器] ()										
障害区分	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 発達 ☐ 高次脳 ☐ 難病				障害名					
障害者 手帳	() 都・道・府 県・市		だい 第 ころ 号		しょうへい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 日交付		しょうがい 障害の級別・種別 きゆう 級			
公共職業訓練 の受講歴	あり なし	訓練の 名称・コース 訓練機関等				じゅこう 受講 期間	しょうへい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 日 から ねん 年 月 日 まで			
公共職業安定所 の求職登録	あり なし	こうきょうしよくぎょうあんていじよめい (公共職業安定所名)	こうきょう 雇用保険 じゅきゆう 受給			あり なし	(受給期限) 令和 ねん 年 がつ 月 日 まで			

【注意】1: □のある欄は、□にレ印を御記入ください。 【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、訓練支援以外に使用することはありません。

(ただし、緊急時医療機関等に情報を提示する場合があります。)

※訓練支援のため、申込書、障害者手帳及び医師の診断書・意見書などの写しを委託先に提供することに
ついて御了承ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

志望の理由

（なぜこの講座を志望したのか・受講する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
しょうへいれい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 にち 日	
しょうへいれい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 にち 日	
しょうへいれい 昭・平・令 ねん 年 がつ 月 にち 日	

通院・服薬等

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	つき 月 ・ 週	かい ていど 回 程度／（	ようび 曜日）
薬の名称					
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）			（ 朝・昼・夕・就寝前 ）		
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）			（ 朝・昼・夕・就寝前 ）		
（ 朝・昼・夕・就寝前 ）			（ 朝・昼・夕・就寝前 ）		

受講上の留意点

（受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例：障害の状態によりスクーリングの参加が難しい等）

* こうきょうしよくぎょう 公共職業 安定所 きさいらん 記載欄	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	うけつけ 受付	こうきょうしよくぎょうあんていじょ 公共職業安定所		たんとうしや 担当者			
	じゅこうし 受講指示		じょてい 予定	(じゅうほけん 雇用保険		・ くんれんであて 訓練手当)	・ じゅこう 受講	すいせんよてい 推薦 予定	・ しえんし 支援指示	じょてい 予定	・ あつせん 斡旋なし
	とっきじこう (特記事項)										

* ちば けん りつ しやうがいしや 千葉県立障害者 テクノスクール きさいらん 記載欄	(じゅりねん 受理年 月 日)		