

しょうがいしゃいたくくんれんじゅこうもうしこみしょ
障害者委託訓練受講申込書



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

希望するコース	PC技能習得コース・デュアルシステムコース・作業実務コース・企業実践コース			
希望する講座	第1希望 No.() 訓練実施施設名() 【第2希望 No.() 訓練実施施設名()】 ※PC技能習得コースに関しては、第2希望がある場合に御記入ください。			
(ふりがな) 氏名	性別	男 おとこ 女 おんな	生年 せいねん がっぴ 月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -) 電話: 携帯: FAX:			
緊急連絡先(続柄等)	ごほんにんいがい れんらくさきぎきにゆう ※御本人以外の連絡先を御記入ください。		電話 でんわ ()	携帯 けいたい ()
登録支援機関 ・利用施設等	電話 でんわ ()			
最終学歴	ざいがく きかん 在学期間	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	がっ こう 学 校 名	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職歴	かいしゃとう めいしやう 会社等の名称	ざいしょくきかん 在職期間	しよくわないう 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、 ご記入くだ さい。	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月
障害区分	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他(難病等)		しょうがいめい 障害名	
障害者 手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	昭・平・令 年 月 日交付	しょうがい きゆうべつ 障害の級別 級
使用補 装具等	つえくるまいすぎしゆぎそく た 杖、車椅子、義手、義足、その他、 げんざいしやう ほそうぐとう 現在使用している補装具等		ふくやくとう 服薬等	※裏面の記載欄に、具体 的に御記入ください。
公共職業 訓練の受講歴	あり	くんれん めいしやう 訓練の名称・コース・ くんれんきかんなど 訓練機関等	じゅこう 受講 期間	昭・平・令 年 月 日から 年 月 日まで
公共職業 安定所の 求職登録	あり	こうきやうしよきやうあんでいしよめい (公共職業安定所名)	こやうほけん 雇用保険 じゆきやう 受給	あり なし じゆきやうげん (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、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供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・服薬など

通院の状況	なし・あり	通院頻度	つき 月・週	かいていど 回数程度	だい 曜日
-------	-------	------	--------	------------	-------

薬の名称	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

訓練実施施設が配慮すべき点があれば御記入ください。（例：座る場所を前の方にしてほしい等）

--

企業実践・作業実務コースの場合はご記入ください。

希望訓練期間 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月 希望訓練時期 月

* 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)	

* 障害者高等技術 専門学校記載欄	(受理年月日)	
-------------------------	-----------	--