

障害者委託訓練受講申込書



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

受付番号

*

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	No.(2) 訓練実施施設名(OOOOパソコンスクール(初級)) 【第2希望 No.(5) 訓練実施施設名(パソコン教室△△△△)】 ※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	ちば たろう 千葉 太郎	性別	男 女	生年月日 昭・平 48年4月2日生 (48 歳)
現住所	(〒266 - 0014) 千葉市緑区大金沢町×××-× 電話: 043(291)0000 携帯: 090(650×)×××× FAX: 043(291)0000			
緊急連絡先(続柄等)	実家(母: 千葉 花子) [電話 03 (3967) ××××] ※御本人以外の連絡先を御記入ください。 [携帯電話 090 (0000) ××××]			
登録支援機関・利用施設等	OO作業所、△△支援センターなど [電話 043 (294) ××××]			
最終学歴	在学期間 昭・平・令 0年 4月 ~ 0年 3月	学校名	千葉県立OO高等学校 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
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	退職理由
	OO(株)千葉事業所	昭・平・令 29年4月 ~ 昭・平・令 2年 3月	事務	病気療養のため
	OOデパート	昭・平・令 18年4月 ~ 昭・平・令 28年12月	販売員	事業所閉鎖のため
		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"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input checked="" type="checkbox"/> その他(難病等)		障害名	OO障害 OO病
障害者手帳	(千葉)都・道・府 市	第 000 号	昭・平・令 年 月 日交付	障害の級別・種別 3 級
使用補装具等	杖、車椅子、義手、義足、その他、現在使用している補装具等		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	(有) 無	訓練の名称・コース・訓練機関等 PC技能習得コース OOOOパソコンスクール	受講期間	昭・平・令 18年 0月 00日から 18年 0月 00日まで (受給期限)
公共職業安定所の求職登録	(有) 無	(公共職業安定所名) 千葉	雇用保険受給 無	令和 4年 8月 31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）

【記入例】
 ○ワードやエクセルなどのパソコンの技能を身につけて、一般事務職で就職したいため。
 ○訓練内容が自分にはあっていると思い、この訓練で働くために必要なスキルを身に付けたい。
 ○これまで就職に向けた訓練を経験したことがないので、この訓練を通じて自分の適性を見極め、就職に役立てたい。 など

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭・ <input checked="" type="radio"/> 平・令 9年10月15日	第二種電気工事士
昭・ <input checked="" type="radio"/> 平・令 15年9月18日	ホームヘルパー2級
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬など

通院の状況	<input checked="" type="radio"/> なし・あり	通院頻度	<input checked="" type="radio"/> 月 週	1 回程度／（ <input type="radio"/> 曜日）
薬の名称		薬の名称		
〇〇〇〇	（朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・夕・就寝前）	（朝・昼・夕・就寝前）		
〇〇〇〇	（朝・ <input checked="" type="radio"/> 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）

【記入例】
 ○講師の口の動きが読み取れる席を希望します。
 ○人とのコミュニケーションが苦手です。隣の席と少し距離がある席を希望します。
 ○月1回程度の通院があります。 など

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 5・6 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）	

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