

障害者委託訓練（ 受講希望書 兼 受講提案書 ）

令和 年 月 日

次のとおり障害者委託訓練の受講を希望します。

該当する□にチェックをお願いします。

写真のり付け

縦4cm×横3cm
最近3か月以内に
撮影したもの

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 _____		
<input type="checkbox"/> 自宅			
<input type="checkbox"/> 施設やホーム	自宅電話: ()		
<input type="checkbox"/> その他	携帯電話: ()		
	Eメール: _____ (最寄り駅: _____ 線 _____ 駅)		
障害種別	障害の内容(具体的に記入してください)	所持する障害手帳など	
<input type="checkbox"/> 身体障害		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級)	
<input type="checkbox"/> 知的障害		<input type="checkbox"/> 療育手帳 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C)	
<input type="checkbox"/> 精神障害		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (_____ 級)	
<input type="checkbox"/> 発達障害		<input type="checkbox"/> その他(申請中・精神科医の意見書等)	
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	服薬 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	職業判定書	
<input type="checkbox"/> その他	障害発生 <input type="checkbox"/> 中途() <input type="checkbox"/> 先天		
希望する訓練コース	訓練コース名: _____		
	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得コース <input type="checkbox"/> 実践能力習得コース <input type="checkbox"/> その他 ()		
雇用保険支給番号			
公共職業訓練等の受講歴	<input type="checkbox"/> あり	訓練施設名: _____ 訓練科名: _____ 年 月 日 ~ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> なし		
習得を希望する訓練内容など	習得したい知識、技能、資格など具体的に記入してください。 記入例) パソコン基本操作、介護職員初任者研修、清掃技術、クリーニング技術など		
	訓練に対する希望、配慮してほしいことなど具体的に記入してください。 記入例) 自力での階段の上り下りが不可、長時間の集中がむずかしいため休憩をとってほしい など		
※以下は希望があれば記入してください			
希望する訓練期間	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する訓練日程	<input type="checkbox"/> 週 () 日程度 [休日]		
希望する訓練時間	<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する通所時間等	<input type="checkbox"/> 通所時間 () 分以内 <input type="checkbox"/> 通所時間はこだわらない [通所方法] <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> その他 ()		

- この障害者委託訓練受講希望書兼提案書は、職業能力開発センターに送付します。
また、訓練決定時には、訓練委託先機関にも送付します。
- 応募者の個人情報、他の目的に使用する事はありません。
なお、提出された受講希望書兼提案書は合否にかかわらず返却いたしません。

ふりがな			
氏名			
最終学歴	在学期間	校名	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月		
職歴 (福祉施設歴)	在職期間	会社(施設)等の名称	仕事の内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
緊急連絡先	氏名 (本人との関係)		
	電話 ()	FAX ()	
利用している 障害者就労支援センター 又は障害者就業・ 生活支援センター	担当者名		
	電話 ()	FAX ()	注：当該訓練に関する事で、センターから就労支援センター等に連絡することがあります。
利用している 障害者支援施設等	支援機関名(福祉施設・特別支援学校・市福祉課・その他) 担当者名		
	電話 ()	FAX ()	
備考			
	※訓練受託機関に伝えたいこと等がありましたら記入してください。 (聴覚障害者の方で連絡手段としてFAX・e-mail等を利用されている方は、番号・7ド`以等を記入してください。)		

● 添付書類

身体障害者手帳など所有する手帳や主治医の意見書の写し

..... 以下の欄は記入しないでください。

公共職業安定所記載欄		職業能力開発センター記載欄	
受付年月日		受 理 日	
求 職 番 号		受付番号	
安定所名 担当者名		特記事項等	
備 考	<input type="checkbox"/> 受講指示 <input type="checkbox"/> 受講推薦 <input type="checkbox"/> その他		