



障害者委託訓練(在職者訓練コース<知識・技能習得>)受講申込書

受付番号

*

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練コース)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

希望する 訓練施設	講座番号() ・ 実施機関()				
ふりがな		性別	男	生年月日	昭・平 年 月 日生
氏 名		女			(歳)
現 住 所	(〒 -) 電話: () 携帯: () FAX: ()				
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] ()				
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 ~ 昭・平・令 年 月				☐ 卒 業 ☐ 中 退
現在の勤務先	会社等の名称		入社年月日		職務内容
			昭・平・令 年 月 日		
	住所		電話	()	
	担当者	[役職] [氏名]			
取得資格等	取得年月日		内容等		
	昭・平・令 年 月 日				
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		障害の級別・種別
					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	受講 期間		昭・平・令 年 月 日 から 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務で活用したいのか等）

--

希望する訓練内容等

（「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」、「職種転換を希望する場合はその職種」等）

--

希望する期間・時間等

希望する訓練期間	1か月程度 ・ 2か月程度 ・ 3か月程度
希望訓練時期	()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬 ～ ()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬
希望訓練時間	時 分頃 ～ 時 分頃 ()時間程度／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)
-------	---------	------	-------	------------------

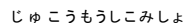
薬の名称	
(朝・昼・夕・就寝前)	(朝・昼・夕・就寝前)
(朝・昼・夕・就寝前)	(朝・昼・夕・就寝前)

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：通院のため火曜日は訓練を休日にしてほしい等）

--

*	(受 理 年 月 日)	
千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄		



R8.6

志望理由記入欄（具体的に御記入ください。）

志望理由

（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務で活用したいのか等）

希望する訓練内容等

（「訓練によって習得を希望する知識、技能、資格」、「職種転換を希望する場合はその職種」等）

希望する期間・時間等

希望する訓練期間	1か月程度 ・ 2か月程度 ・ 3か月程度
希望訓練時期	()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬 ～ ()月 (初 ・ 中 ・ 下)旬
希望訓練時間	時 分頃 ～ 時 分頃 ()時間程度／日

通院・服薬等

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	つき 月 ・ しゅう 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)

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：通院のため火曜日は訓練を休日にしてほしい等）

* 千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄	(受 理 年 月 日)	
--	---------------	--