



障害者委託訓練受講申込書



【記載例】

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。

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

受付番号

*

希望する コース	PC技能習得コース 作業実務コース ・ デュアルシステムコース ・ 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希望までご記入ください。				
(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○年○月○日生 (○○ 歳)
現 住 所	(〒266 - 0014) 千葉市緑区大金沢町×××-× 電話: 043(291)0000 携帯: 090(0000)×××× FAX: 043(291)0000				
緊急連絡先(続柄等)	実家(母: 千葉 花子) [電話 03(0000)××××] ※ご本人以外の連絡先をご記入ください。 [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(000)××××] ※ハローワーク以外をご記入ください。				
最終学歴	在学期間 昭・平・令 ○年 4月 ~ ○年 3月		学 校 名 千葉県立OO高等学校		☒ 卒 業 ☐ 中 退
職 歴 ※新しいもの から順に、 ご記入くだ さい。	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由	
	OO株式会社	昭・平・令 29年4月 ~ 7年 3月	事務	病気療養のため	
	OOデパート	昭・平・令 18年4月 ~ 28年12月	販売員	事業所閉鎖のため	
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
障害区分	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 内部 ☐ 知的 ☒ 精神 ☐ 発達 ☒ その他(難病等)		障害名	OO障害 OO病	
障 害 者 手 帳	(千葉) 都・道・府 県・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 ご記入ください。	
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 ○年 ○月○○日から ○年 ○月○○日まで
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	(受給期限)
		千葉		無	令和 ○年○月○○日まで

複数ある場合は、全て
ご記入ください。

【注意】 1 : □のある欄は、□にレ印をご記入ください。 【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ご了承ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由等記入欄（具体的にご記入ください。）

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)

【記載例】
○ワードやエクセルなどのパソコンの技能を身に付けて、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。

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭 平 令 〇年 〇月 〇日	第二種電気工事士
昭 平 令 〇年 〇月 〇日	ホームヘルパー2級
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 1 回程度／(第2月曜日)
薬の名称		薬の名称	
〇〇〇〇 (朝 ・昼・夕・ 就寝前)		(朝・昼・夕・就寝前)	
〇〇〇〇 (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ご記入ください。(例:座る場所を前の方にしてほしい 等)

【記載例】
○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。

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)	