障害者委託訓練（e-ラーニングコース）受講申込書

受付番号
＊

千葉県が実施する障害者委託訓練（e-ラーニングコース）を受講したいので下記により申し込みます。

千葉県立障害者高等技術専門校長　様

（ふりがな） 氏　　名		性別	男 女	生年月日 （年齢）	年　月　日生 （　　歳）
現 住 所	（〒　　－　　） 電話:　　携帯:　　FAX:				
E－Mail	※フリーメールは不可				
登録支援機関 ・利用施設等	［電話　　（　　）　　］				

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

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
		昭・平・令　年　月 ～ 昭・平・令　年　月		
		昭・平・令　年　月 ～ 昭・平・令　年　月		

パソコン 使用環境			
［使用パソコン］	メーカー名：（　　）	機種名：（　　）	
［使用OS］	（　　）		
［お持ちのソフト］	Microsoft　Word	（バージョン名　　）	
	Microsoft　Excel	（バージョン名　　）	
	Power Point	（バージョン名　　）	
	ブラウザ	（　　）	
	その他のoffice系	（ｿﾌﾄ・ﾊﾞｰｼﾞｮﾝ名　　）	
		（ｿﾌﾄ・ﾊﾞｰｼﾞｮﾝ名　　）	

資 格 等				
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 級

障害区分	□上肢　□下肢　□体幹　□内部　□視覚　□聴覚 □精神　□発達　□高次脳　□難病	障害名	

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

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	有 無	（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を、訓練支援以外に使用することはありません。
※訓練支援のため、申込書、障害者手帳の写し（手帳がないときは、公的機関等による判定書や診断書、主治医の意見書等の写し）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。）

R5．6

志 望 理 由 記 入 欄（ 具体的に御記入ください。）

【 e-ラーニングコース 】

志望の理由・目的

（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）

通院・服薬など

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・就前 ）	（ 朝・昼・夕・就前 ）
（ 朝・昼・夕・就前 ）	（ 朝・昼・夕・就前 ）
（ 朝・昼・夕・就前 ）	（ 朝・昼・夕・就前 ）

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：障害の状態によりスクーリングの参加が難しい等）

＊ 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 ）	

R5．6