

様式1



障害者委託訓練(在職者訓練コース<知識・技能習得コース>)受講申込者

受付番号
*

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者訓練)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

希望する 訓練施設	講座番号( )				
(ふりがな) 氏 名	性別	男 女	生年月日	年 月 日生 ( 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] ( )				
最終学歴	在学期間		学 校 名		
	昭・平・令 年 月 ~	昭・平・令 年 月			<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
現在の勤務先	会社等の名称		入社年月日	職務内容	
			年 月 日		
	住所	電話		( )	
	担当者	[役職]	[氏名]		
取得資格等					
障害者 手 帳	( ) 都・道・府 県・市	第 号	年 月 日交付	障害の級別	
				級	
障害区分	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> 難病		障害名		
使用補 装具等	杖、車椅子、義手、義足、 その他、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。  
※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。）

## 【在職者訓練コース＜知識・技能習得＞】

（身体障害・精神障害・発達障害・高次脳機能障害・難病等のある方）

### 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 )

### 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 高等技術専門校 記載欄		