



障害者委託訓練(e-ラーニングコース)受講申込書

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

受付番号

*

(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 ~ 年 月	昭・平・令 年 月				<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 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 ~ 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・バージョン名)							
(ソフト・バージョン名)							
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	<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			
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も、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。）

【 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 ）	
--------------------------------	-----------	--