



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)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。）

【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		

様式1



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

うけつけばんごう 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)	性別		生年月日		
氏名	男・女	年	月	日	(歳)
住 所	〒			電話番号	
緊急連絡先 (続柄等)	()			緊急連絡用電話番号	
登録支援機関 ・利用施設				電話番号	
最終学歴	在学期間		学校名		
	昭和・平成・令和	昭和・平成・令和			<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		仕事内容
			年 月 日		
	住 所	電話番号			
	担当者	[役職] [氏名]			
取得資格など					
障害者手帳	・あり ・申請中	都・道・府 県・市	昭和・平成・令和 年 月 日交付	障害の 級別	
使用補装具等			服薬等	※裏面の記載欄に、具体的に御記入ください。	
今までに受講した 公共職業訓練	・あり ・なし	訓練の名前 コース・場所	受講 期間	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や、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。）

【在職者訓練コース<知識・技能習得>】

志望の理由・目的

(なぜこの訓練を志望したのか・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	つき ・ 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)

--

<p>* 千葉県立障害者 高等技術専門校 記載欄</p>	<p>じゆりねんがっぴ (受理年月日)</p>	
--	-------------------------------	--

障害者委託訓練(在職者訓練コース<e-ラーニング>)受講申込書

千葉県が実施する障害者委託訓練(在職者研修)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 月 日 (歳)
現住所	(〒 -) [電話 日中連絡のつく連絡先 () [FAX ()]				
E-Mail					
登録支援機 関・利用施設	[TEL ()] [FAX ()]				
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校(中等教育学校前期課程) <input type="checkbox"/> 高校(中等教育学校) <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 盲学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 聾学校(中学部・高等部・専攻科) <input type="checkbox"/> 養護学校又は特別支援学校(中学部・高等部) <input type="checkbox"/> その他()				
現在の所属	会社等の名称		入社年月日		職務内容
			年 月 日		
	住所				電話
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ソフト] () [お持ちのソフト] Microsoft Word (バージョン名) Microsoft Excel (バージョン名) Internet Explorer (バージョン名) ホームページ作成ソフト (ソフト・バージョン名) その他 (ソフト・バージョン名)				
資格等					
志望理由	裏面の記載欄に、具体的に記入してください。				
障害者 手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	年 月 日交付		障害の級別
					級
障害名			障害区分 (身体障害者の方は ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚	
服薬等					

【注意】1 □のある欄は、□にレ印を記入してください。

【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、目的外に利用することはありません。ただし、この講座は民間教育訓練期間へ委託するため、委託先機関へ上記情報を提供することについて、予めご了承ください。

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<e-ラーニング>】

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		