



しょうがいしゃいたくくんれんじゅこうもうしこみしょ  
障害者委託訓練受講申込書



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・デュアルシステムコース・作業実務コース・企業実践コース				
希望する講座	第1希望 No.( 4 ) 訓練実施施設名( ○○○○パソコンスクール ) 【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希望まで御記入ください。				
(ふりがな) 氏名	千葉 太郎	性別	男	生年	昭和48年4月2日生
現住所	(〒266-0014) 千葉県市緑区大金沢町×××-××× 電話: 043(291)0000 携帯: 090(0000)×××× FAX: 043(291)0000 固定電話がある場合は必ず御記入ください。				
緊急連絡先(続柄等)	実家(母: 千葉 花子) [電話 03 (0000) ××××] ※御本人以外の連絡先を御記入ください。 [携帯 090 (0000) ××××]				
登録支援機関・利用施設等	○○作業所、△△支援センターなど [電話 043 (0000) ××××] ※ハローワーク以外を御記入ください。				
最終学歴	昭・平・令 〇年 4月 ~ 昭・平・令 〇年 3月	在学期間	昭・平・令 〇年 4月 ~ 昭・平・令 〇年 3月	学校名	千葉県立○○高等学校
卒業/中退	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退				
職歴	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由	
※新しいものから順にご記入ください。	○○株式会社	昭・平・令 29年4月 ~ 昭・平・令 5年3月	事務	病気療養のため	
	○○デパート	昭・平・令 18年4月 ~ 昭・平・令 28年12月	販売員	事業所閉鎖のため	
	複数ある場合は、全て御記入ください。				
障害区分	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input checked="" type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他(難病等)		障害名	ADHD ○○病	
障害者手帳	( ) 都・道・府 市	第 〇〇〇 号	昭・平・令 年 月 日交付	障害の級別 B-2	
使用補装具等	つえくるまいすぎしゆぎそく、杖、車椅子、義手、義足、その他、げんざいしゅう、ほそうくとう 現在使用している補装具等		服薬等	※裏面の記載欄に、具体的に御記入ください。	
公共職業訓練の受講歴	あり	訓練の名称・コース・	PC技能習得コース ○○○○パソコンスクール	受講期間	昭・平・令 〇年〇月〇〇日から 〇年〇月〇〇日まで
公共職業安定所の求職登録	あり	公共職業安定所名	(公共職業安定所名) 千葉	雇用保険受給	あり なし
				受給期限	令和 6年〇月〇日まで

【注意】1: □のある欄は、□にレ印を御記入 【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(きゆうしよくとうろく)を御記入ください。求職登録をしているハローワークを御記入ください。  
※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。）

**【記載例】**

## 志望理由

（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つけて、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 <sup>平</sup> 令 15年9月18日	第二種電気工事士
昭 <sup>平</sup> 令 9年10月15日	ホームヘルパー2級
昭・平・令 年 月 日	

## 通院・服薬など

通院の状況	なし・あり	通院頻度	つき月・週 1 回程度 / (第 2 月曜日)
薬の名称	〇〇〇〇	あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (朝・昼・夕・就寝前)	あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (朝・昼・夕・就寝前)
薬の名称	〇〇〇〇	あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (朝・昼・夕・就寝前)	あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (朝・昼・夕・就寝前)
薬の名称		あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (朝・昼・夕・就寝前)	あさ・ひる・ゆふ・しゆうしんまえ (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御記入ください。（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。

企業実践・作業実務コースの場合はご記入ください。

希望訓練期間 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月 希望訓練時期 5・6月

* 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
(特記事項)		

* 障害者テクノスクール 記載欄	(受理年月日)