



障害者委託訓練受講申込書



【記載例】

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	No.(2) 訓練実施施設名(OOOOパソコンスクール(初級)) 【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	ちば たろう 千葉 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭平48年4月2日生 (51 歳)
現住所	(〒266-0014) 千葉市緑区大金沢町×××-× 電話:043(291)0000 携帯:090(0000)×××× FAX:043(291)0000				
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。 [携帯電話 090(0000)××××]				
登録支援機関・利用施設等	OO作業所、△△支援センターなど [電話 043(000)××××] ※ハローワーク以外を御記入ください。				
最終学歴	在学期間	学 校 名		<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
	昭平令 0年4月 ~ 0年3月	千葉県立OO高等学校			
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	
	OO株式会社	昭平令 29年4月 ~ 昭平令 6年3月	事務	病気療養のため	
	OO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	
		昭平令 年 月 ~ 昭平令 年 月			
		昭平令 年 月 ~ 昭平令 年 月			
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"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input checked="" type="checkbox"/> その他(難病等)		障害名	OO障害 OO病	
障害者手帳	(千葉)都道府 <input checked="" type="radio"/> 市	第 000 号	昭平令 年 月 日交付	障害の級別・種別	
				3 級	
使用補装具等	杖、車椅子、義手、義足、その他、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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	訓練の名称・コース・訓練機関等	PC技能習得コース OOOOパソコンスクール	受講期間	
公共職業安定所の求職登録	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(公共職業安定所名)	千葉	雇用保険受給	
			<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	昭平令 0年0月00日から 0年0月00日まで (受給期限) 令和 6年0月00日まで	

複数ある場合は、全て御記入ください。

【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。(ただし、緊急時医療機関等に情報を提供する場合があります。)

※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。）

志望の理由

（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つけたい。
- 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 [○] 平 [○] 令 15年 9月 18日	ホームヘルパー2級
昭 [○] 平 [○] 令 9年10月 15日	第二種電気工事士
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬など

通院の状況	<input checked="" type="radio"/> なし ・ <input type="radio"/> あり	通院頻度	<input checked="" type="radio"/> 月 週	1 回程度 / (第2月曜日)
薬の名称		薬の名称		
○○○○	(<input checked="" type="radio"/> 朝・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夕・ <input checked="" type="radio"/> 就寝前)		(朝・昼・夕・就寝前)	
○○○○	(朝・昼・夕・ <input checked="" type="radio"/> 就寝前)		(朝・昼・夕・就寝前)	
	(朝・昼・夕・就寝前)		(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 ・ 支援指示予定 ・ 斡旋なし	
	(特記事項)	

* 千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄	(受理年月日)	
--------------------------------	-----------	--