

障害者委託訓練(デュアルシステムコース)受講申込書

(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)

受付番号
*

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。

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

希望する講座	訓練実施施設名(〇〇〇〇〇〇) 講座名(〇〇〇〇研修科)				
(ふりがな)氏名	ちば たろう 千葉 太郎	性別	男 女	生年月日	昭平令 48年4月16日生 (46歳)
現住所	(〒266-0014) 千葉市緑区大金沢町×××-× ××× 電話: 043(291)〇〇〇〇 携帯: 090(650×)×××× FAX: 043(291)〇〇〇〇 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 (3967) ××××] ※御本人 [携帯電話 090 (〇〇〇〇) ××××]				
登録支援機関・利用施設等	〇〇作業所、××支援センターなど ※ハローワークは除きます 病气や事故等で緊急に連絡が必要な場合の連絡先を御記入ください。(例)実家の電話番号、家族の携帯番号など。 ※御本人の携帯電話は緊急連絡先になりません。				
最終学歴	在学期間	学 校 名		卒業 中退	
	昭平令 〇年4月 ~ 昭平令 〇年3月	千葉県立〇〇高等学校		<input 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	
	〇〇(株)千葉事業所	昭平令 29年4月 ~ 昭平令 31年3月	事務	病気療養のため	
	〇〇デパート	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			
障害者手帳	(千葉)都・道・府 市	第〇〇〇〇〇号	昭平令 元年〇月〇日交付	障害の級別 3級	
障害名	統合失調症		障害区分 ※身体障害者の方は御記入ください	<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	
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 過去に公共職業訓練の受講歴がある方は御記入ください。			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="checkbox"/> 訓練の名称・コース・訓練機関等	PC技能習得コース 〇〇〇〇パソコンスクール	受講期間	昭平令 18年〇月〇〇日から 18年〇月〇〇日まで (受給期限)	
公共職業安定所の求職登録	<input checked="" type="checkbox"/> (公共職業安定所名)	千葉県	雇用保険受給	<input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年8月31日まで	

【注意】1: □のある欄は、〇を御記入ください。 【注意】2: *欄は、記入する必要はありません。

※ここに 求職登録をしている公共職業安定所を御記入ください。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(提出済みの方)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。）

【デュアルシステムコース】

志望の理由

（なぜこの講座を志望したのか・受講した内容をどのような職業で活用したいのか 等）

【記入例】

- 介護職に関する知識や技能を習得したい。資格を取得して、福祉施設などでの就職を目指したいため。
- 事務職に必要な知識やスキルを身に付けたい。簿記資格を取得して、一般事務職での就職を目指したい。

など

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭・平・令 9年10月15日	第二種電気工事士
昭・平・令 15年9月18日	普通自動車運転免許
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬など

通院の状況	なし・ <input checked="" 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
〇〇〇〇 （朝・昼・夕 就前）	（朝・昼・夕・就前）
〇〇〇〇 （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

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）

【記入例】

- 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。

など

* 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）
--------------------------------	---------

障害者委託訓練(デュアルシステムコース)受講申込書

(知的障害のある方)

受付番号
*

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。

千葉県立障害者高等技術専門校長様

希望する講座
訓練実施施設名() 講座名()
(ふりがな) ちば たろう 性別 せいねんがっぴ 生年月日
氏名 千葉 太郎 昭利・平成48年4月16日 (46歳)
住所 (〒266-0014) 固定電話がある場合は必ず御記入ください。
千葉県緑区大金沢町xxx-x 043(291)0000
保護者氏名 千葉 花子(母) 緊急連絡用電話番号 03(3967)0000
登録支援機関 就労移行支援事業所OO、病気や事故等で緊急に連絡が必要な場合の連絡先を御記入ください。
利用施設等 ※ハローワークは除きます。(例) 実家の電話番号、保護者の携帯番号など。
最終学歴 昭利・平成令和 昭利・平成令和 OO高等学校
職歴 会社等の名称 在職期間 仕事内容
OO千葉事業所 昭(平)令29年4月~昭(平)令31年3月 事務
OOデパート 昭(平)令18年4月~昭(平)令28年12月 販売員
療育手帳 ・あり 千葉県 昭(平)令和 昭(平)令和 障害の程度 B-2
使用補装具等 求職登録をしている公共職業安定所を御記入ください。
公共職業安定所への求職登録 ・あり ・なし 千葉県 雇用保険 昭(平)令和 昭(平)令和
今までに受講した公共職業訓練 ・あり ・なし 訓練の名前 PC技能習得コース OOスクール
働くことについての目標 1 通勤、身だしなみ、指示理解などの基本的労働習慣 2 働くことに対する意識
3 挨拶や返事、言葉遣い、報告・連絡・相談などの対人関係 4 規則の遵守や安全への配慮
5 作業における正確性や確実性、作業効率 6 積極性や集中力、意欲などの仕事への態度
7 職場内における協調性やチームワーク 8 その他()
得意なこと・資格など

【注意】 ※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、障害者手帳及び医師の診断書・意見書(提出済みの方)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。）

【デュアルシステムコース】

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）

【記入例】

- 介護職に関する知識や技能を習得したい。資格を取得して、福祉施設などでの就職を目指したいため。
- 事務職に必要な知識やスキルを身に付けたい。簿記資格を取得して、一般事務職での就職を目指したい。 など

通院・服薬など

通院の状況 なし **あり** 通院頻度 **1**月・週 **1**回程度 / (**第2**月 曜日)

薬の名前	
○○○○○	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) (朝・昼・夕・就前)

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）

【記入例】

- 漢字の読みがあまり得意ではないので、資料などは分かりやすく作っていただけるとよい。
- 月1回程度の定期通院があります。

* 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)
--------------------------------	-----------