

障害者委託訓練(PC技能習得コース)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。
 千葉県立障害者高等技術専門校長 様

受付番号
*

希望する講座	・第1希望 No.(4) 訓練実施施設名(〇〇〇〇パソコンスクール) ・第2希望 No.(5) 訓練実施施設名(パソコン教室△△△△) ※できるだけ第2希望まで御記入ください。		
(ふりがな)氏名	千葉 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
現住所	(〒266-0014) 千葉県緑区大金沢町×××-××× 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) ××××] ※御本人以外 [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 昭(平)令 〇年 4月 ~ 昭(平)令 〇年 3月	学校名	千葉県立〇〇高等学校 <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
	〇〇(株)千葉事業所	昭(平)令 29年4月 ~ 昭(平)令 31年3月	事務
	〇〇デパート	昭(平)令 18年4月 ~ 昭(平)令 28年12月	販売員
	〇〇〇〇〇〇	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
	〇〇〇〇〇〇	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
障害者手帳	(千葉)都・道・府(県)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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(公共職業安定所名) 千葉	雇用保険受給 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 令和 2年8月31日まで

【注意】1: のある求職登録をしている公共職業安定所を御記入ください。 【注意】2: * 欄は、記入する必要はありません。

※この欄は、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。）

【PC技能取得コース】

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】
 ○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。
 ○自己流でパソコンの技能を身につけたので、自信がない。この訓練を通じてパソコンのスキルを身に付け、資格取得も目標にしながら、就職を目指したいため。

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	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・ <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・ <input checked="" type="radio"/> 昼・ <input checked="" type="radio"/> 夕・就前）	（朝・昼・夕・就前）
〇〇〇〇 （朝・昼・夕・ <input checked="" type="radio"/> 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）
--------------------------------	---------