



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・作業実務コース・デュアルシステムコース・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希望までご記入ください。			
(ふりがな) 氏名	千葉 太郎	性別 男	生年	昭・平〇年〇月〇日生
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ご記入ください。			
緊急連絡先(続柄等)	実家(母: 千葉 花子) [電話 03 (0000) ××××] ※ご本人以外の連絡先をご記入ください。 [携帯 090 (0000) ××××]			
登録支援機関・利用施設等	〇〇作業所、△△支援センターなど [電話 043 (0000) ××××] ※ハローワーク以外をご記入ください。			
最終学歴	昭(平)令〇年4月 ~ 昭(平)令〇年3月	在学期間	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	退職理由
※新しいものから順にご記入ください。	〇〇株式会社	昭(平)令29年4月 ~ 昭(平)令7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
	複数ある場合は、全てご記入ください。			
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 〇〇病
障害者手帳	() 都・道・府 県・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、た、杖、車椅子、義手、義足、その他、げんざいしやう、ほそうぐとう、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 ご記入ください。
公共職業訓練の受講歴	あり	訓練の名称・コース・ 〇〇〇〇パソコンスクール	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) 千葉県	雇用保険受給	あり なし 令和〇年〇月〇日まで

【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(きんじょうじょうほう)を
提供する場合(けいこうするばいあひ)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
了承(りやうせう)ください。(訓練終了後に廃棄処理します。)

志望理由等記入欄（具体的にご記入ください。）

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ひ、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 ^平 ・令 〇年〇月〇日	第二種電気工事士
昭 ^平 ・令 〇年〇月〇日	ホームヘルパー2級
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬等

通院の状況	なし・ あり	通院頻度	つき 週 1 回程度 / (第 2 月曜日)
-------	---------------	------	-------------------------------

薬の名称	薬の名称
〇〇〇〇 (朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})	(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})
〇〇〇〇 (朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})	(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})
(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})	(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})
(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})	(朝 ^{あさ} ・昼 ^{ひる} ・夕 ^{ゆふ} ・就寝前 ^{しゅうしんまえ})

受講上の留意点

訓練実施施設が配慮すべき点があればご記入ください。(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。

* 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
とつきじこう (特記事項)		

* 障害者テクノスクール 記載欄	(受理年月日)
------------------------	---------