



障害者委託訓練受講申込書



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。

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

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	No.() 訓練実施施設名() 【第2希望 No.() 訓練実施施設名()】 ※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	性別	男 女	生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)	
現住所	(〒 -) 電話: () 携帯: () FAX: ()				
緊急連絡先(続柄等)	[電話 ()] ※ご本人以外の連絡先をご記入ください。 [携帯電話 ()]				
登録支援機関・利用施設等	[電話 ()] ※ハローワーク以外をご記入ください。				
最終学歴	在学期間		学 校 名		
	昭・平・令 年 月 ~ 年 月	昭・平・令 年 月			<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 中 退
職 歴 ※新しいものから順に、ご記入ください。	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由	
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月			
		昭・平・令 年 月 ~ 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 type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他(難病等)		障害名		
障害者手帳	() 都・道・府 県・市	第 号	昭・平・令 年 月 日交付	障害の級別・種別	
					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、具体的にご記入ください。	
公共職業訓練の受講歴	有 無	訓練の名称・コース・訓練機関等	受講期間	昭・平・令 年 月 日から 年 月 日まで	
公共職業安定所の求職登録	有 無	(公共職業安定所名)	雇用保険受給	有 無	(受給期限) 令和 年 月 日まで

【注意】1：□のある欄は、□にレ印をご記入ください。

【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示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ご了承ください。(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）

--

取得資格等

取得年月日	内容 等
昭・平・令 年 月 日	
昭・平・令 年 月 日	
昭・平・令 年 月 日	

通院・服薬等

通院の状況	なし・あり	通院頻度	月・週	回程度／（曜日）
		薬の名称	薬の名称	
		（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ご記入ください。（例：座る場所を前の方にしてほしい 等）

--

*	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）	

*	（受理年月日）	
千葉県立障害者 テクノスクール 記載欄		