



# 障害者委託訓練(e-ラーニングコース)受講申込書

千葉県が実施する障害者委託訓練(e-ラーニングコース)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
*

(ふりがな) 氏名			性別	男 女	生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)
現住所	(〒 - )					
	電話:	携帯:	FAX:			
E-Mail	※フリーメールは不可					
登録支援機関 ・利用施設等	[ 電話 ( ) ]					
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、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	
		昭・平・令 年 月 ~ 年 月				
パソコン 使用環境	[使用パソコン] メーカー名:( ) 機種名:( )					
	[使用OS] ( )					
	[お持ちのソフト] Microsoft Word (バージョン名 )					
	Microsoft Excel (バージョン名 )					
	Power Point (バージョン名 )					
	ブラウザ ( )					
その他のoffice系 (ソフト・バージョン名 )						
(ソフト・バージョン名 )						
資 格 等						
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		
				級		
障害区分	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> 難病			障害名		
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、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、障害者手帳の写し(手帳がないときは、公的機関等による判定書や診断書、主治医の意見書等の写し)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。）

【 e-ラーニングコース 】

## 志望の理由・目的

(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)

--

## 通院・服薬など

通院の状況	なし ・ あり	通院頻度	月 ・ 週	回程度 / (	曜日)
-------	---------	------	-------	---------	-----

薬の名称	
( 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

(受講する上で配慮してほしい点があれば御記入ください。例:障害の状態によりスクーリングの参加が難しい等)

--

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