

障害者就職促進委託訓練申込書（身体障害者用）

※受付
番号

神奈川県障害者職業能力開発校長 殿

希望 講座名	事務補助実習科				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
現住所	郵便番号 (-) (自宅・携帯) 電話 () FAX ()				
公共職業訓練 受講歴 (最新のものの)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受講中	受講した 科名		訓練 期間	年 月 日～ 年 月 日
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校前期課程 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 その他 ()	部 科	年 月 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 中退	雇用 保険 の受給 資格 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 未手続 <input type="checkbox"/> なし
職歴 (最新のものの)	在職期間		仕事の内容		
	年 月 ~ 年 月				
利用機関名	通所先の名称(通所施設・支援機関等)				

身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 申請中)	都道府 県 市	第 号	年 月 日交付	障害の等級
				級
障 害 名	障害区分		<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢機能 <input type="checkbox"/> 下肢機能 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 音声,言語,そしゃく <input type="checkbox"/> その他	

ハローワーク記入欄

備考1 のある欄は、該当する内にし印を記入してください。
 2 個人情報については「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱っており、この訓練を実施する目的以外に使用することは、一切ありません。

【公共職業安定所処理要領】
 ①神奈川県障害者職業能力開発校に連絡し、面接時間を確認の上、この申込書と面接受付票に日時を記入してください。
 ②雇用保険受給資格者の場合は区分欄の「保」に、それ以外の場合は「一般」にをしてください。
 ③個人情報保護のため本申込書のFAX送付は、お控えください。

※ 課 程	<input type="checkbox"/> 短期課程
※ 受付年月日	年 月 日
※ 受付番号	第 号
※ 受付機関	担当者： 印
※ 面接決定日 時	2月13日(火) 時 分
※ 区 分	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 一般

しょうがいしゃしゅうしょくそくしん い たくくんれんもうしこみしよ ち てきしょうがいしゃよう
障害者就職促進委託訓練申込書 (知的障害者用)

※受付
番号

神奈川県障害者職業能力開発校長 殿

き ぼう 希 望 こうさめい 講座名	じ む ほ じょ じっ しゅう か 事務補助実習科				
ふりがな			せい べつ 性別	おとこ おんな □ 男 □ 女	
し めい 氏 名			せい ねん 生 年	しょうわ 昭和	ねん ねん 年 年
			がつ び 月 日	が げつ 月 月	にち せい 日 生 歳
げんじゅうしょ 現住所	ゆうびんばんごう 郵便番号 ()				
		じたくでんわ (自宅電話) ()	けいたいでんわ (携帯電話) ()		
こうしゅう 職業訓練 受講歴 (最新のもの)	□あり □なし □受講中	じゅうこう 受講した か 科 名	くん れん 訓 練 期 間	ねん ねん 年 年	が げつ ち 月 月 日 ~
さいしゅうがくれき 最終学歴	□中学 □義務教育学校 □中等教育学校前期課程 □高校 □中等教育学校 □高等専門学校 □特別支援学校 □専修学校・各種学校 □短大 □大学 その他 ()		ぶ 部 か 科	ねん ねん 年 年	が げつ ち 月 月 日
			□卒業 (修了) □中退		雇用 保険 の 受 給 資 格
			□あり □受給中 □手続中 □未手続 □なし		
しよく れき 職 歴 (最新のもの)	ざい じよく き かん 在 職 期 間		し こと ない 仕 事 の 内 容		
		ねん ねん 年 年	が げつ ち 月 月 日		
りようきかんめい 利用機関名	つう しょ さき 通 所 先 の 名 称 (通所施設・支援機関等)				

りよういくてちょう 療育手帳	□あり □なし(判定書) □申請中	と どう ぶ 都 道 府 けん し 県 市	だい 第	ごう 号	ねん ねん 年 年	が げつ ち 月 月 日	にちこうふ 日交付	とうきゅう 等級
-------------------	-------------------------	--------------------------------	---------	---------	--------------	-----------------	--------------	-------------

備考1 □のある欄は、該当する□内にシ印を記入してください。

ハローワーク記入欄

- 2 個人情報については「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱っており、この訓練を実施する目的以外に使用することは、一切ありません。

【公共職業安定所処理要領】
 ①神奈川県障害者職業能力開発校に連絡し、面接時間を確認の上、この申込書と面接受付票に日時を記入してください。
 ②雇用保険受給資格者の場合は区分欄の「保」に、それ以外の場合は「一般」に☑をしてください。
 ③個人情報保護のため本申込書のFAX送付は、お控えください。

※ 課 程	□短期課程
※ 受付年月日	年 月 日
※ 受付番号	第 号
※ 受付機関	担当者： 印
※ 面接決定日 時	2月13日 (火) 時 分
※ 区 分	□保 □一般

障害者就職促進委託訓練申込書（精神障害者用）

※受付
番号

神奈川県障害者職業能力開発校長 殿

希望 講座名	事務補助実習科				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
現住所	郵便番号 (-) (自宅電話) () (携帯電話) ()				
公共職業訓練 受講歴 (最新のもの)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受講中	受講した 科名		訓練 期間	年 月 日～ 年 月 日
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校前期課程 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 その他 ()	部 科	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 中退	年月	雇用保険の 受給資格 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 未手続 <input type="checkbox"/> なし
職歴 (最新のもの)	在職期間 年 月 ~ 年 月		仕事の内容		
利用機関名	通所先の名称(通所施設・支援機関等)				

精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(意見書) <input type="checkbox"/> 申請中	都道府 県市	第 号	年 月 日交付	等 級
-----------------	---	-----------	-----	---------	-----

備考1 のある欄は、該当する□内にし印を記入してください。

2 個人情報については「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱っており、この訓練を実施する目的以外に使用することは、一切ありません。

関係機関(医療・支援センター等)推薦記入欄
上記の者を訓練受講することを推薦します
機関(施設)名
住所(所在地)
電話(連絡先)
医師、責任者、スタッフ氏名

ハローワーク記入欄

※ 課 程	<input type="checkbox"/> 短期課程
※ 受付年月日	年 月 日
※ 受付番号	第 号
※ 受付機関	担当者 印
※ 面接決定 日 時	2月13日(火) 時 分
※ 区 分	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 一般

【公共職業安定所処理要領】

- ① 神奈川県障害者職業能力開発校に連絡し、面接時間を確認の上、この申込書と面接受付票に日時を記入してください。
- ② 雇用保険受給資格者の場合は区分欄の「保」に、それ以外の場合は「一般」に☑をしてください。
- ③ 個人情報保護のため本申込書のFAX送付は、お控えください。

障害者就職促進委託訓練申込書（発達障害者用）

神奈川県障害者職業能力開発校長 殿

※受付 番号	
-----------	--

希望 講座名	事務補助実習科				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
氏名		生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
現住所	郵便番号 (-) (自宅電話) () (携帯電話) ()				
公共職業訓練 受講歴 (最新のものを)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受講中	受講した 科名	訓練 期間	年 月 日～ 年 月 日	
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校前期課程 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 その他 ()	部 科	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) 年 月 <input type="checkbox"/> 中退	雇用 保険 の 受給 資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 未手続 <input type="checkbox"/> なし
職歴 (最新のものを)	在 職 期 間 年 月 ～ 年 月		仕 事 の 内 容		
利用機関名	通 所 先 の 名 称 (通所施設・支援機関等)				

発達障害者と確認できる書類がある（主治医による意見書等）

手帳取得 の場合	手帳	都道府 県 市	第 号	年 月 日交付	等級
-------------	----	------------	-----	---------	----

- 備考1 のある欄は、該当する口内にし印を記入してください。
 2 個人情報については「神奈川県個人情報保護条例」により取り扱っており、この訓練を実施する目的以外に使用することは、一切ありません。

【公共職業安定所処理要領】
 ① 必ず発達障害者であることの確認をしてください。
 ② 神奈川県障害者職業能力開発校に連絡し、面接時間を確認の上、この申込書と面接受付票に日時を記入してください。
 ③ 雇用保険受給資格者の場合は区分欄の「保」に、それ以外の場合は「一般」に☑をしてください。
 ④ 個人情報保護のため本申込書のFAX送付は、お控えください。

ハローワーク記入欄

※課 程	<input type="checkbox"/> 短期課程
※受付年月日	年 月 日
※受付番号	第 号
※受付機関	担当者： 印
※面接決定 日 時	2月13日(火) 時 分
※区 分	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 一般