

障がい者委託訓練受講希望シート（訓練生用）

令和 年 月 日

次のとおり障がい者委託訓練の受講を希望します。

| | | | |
|---------------------------|-----------------------|----------|--|
| 習得を希望する 知識、技能、資格 など | (希望職種及び具体的内容) | | |
| | (知識、技能、資格など) | | |
| 希望する訓練期間 | | 希望する訓練時期 | |
| 希望する訓練時間 | | | |
| 希望する訓練場所 | | | |
| その他、訓練に対する希望、配慮してほしいことなど | | | |

ふりがな
氏 名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日生 (歳)

[保護者氏名 _____]

現住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

- 所持する手帳
- 1 身体障害者手帳 (障害部位 _____)
 - 2 療育手帳
 - 3 精神保健福祉手帳
 - 4 その他

資格・免許・特技

| | |
|------|----------|
| (備考) | 拠点校受理年月日 |
|------|----------|

(受講希望シートの裏)

[面接日 令和 年 月 日]

履 歴 書

※差し支えない程度にご記入ください。

| | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 最終学歴 (学校名) | |
| 職歴 | |
| 扶養家族 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 雇用保険 | <input type="checkbox"/> 受給者 (期間:) <input type="checkbox"/> それ以外 <input type="checkbox"/> なし |
| 交通手段 | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 自動二輪 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通 <input type="checkbox"/> 徒歩 |
| 希望月収 | 万円程度/月 |
| 支援者または 相談できる人 | |
| 備 考 | |