

受講希望シート(A)

記入日

年 月 日

次のとおりに障害者委託訓練の受講を希望します

写真は
面接時に
提出してください
縦4.0センチメートル
横3.0センチメートル
程度
(スナップ写真可)

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----|--|
| 氏名 | フリガナ | | 性別 | |
| | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | | | |
| 現住所 | 郵便番号 | | | |
| | 電話 | | FAX | |
| | メールアドレス | | | |
| | 最寄駅 | 線 駅 バス停 徒歩 分 | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 本人との 関係 | 連絡先 | |
| 支援機関 通所施設 (名称・担当者) | 名称 | | | |
| | 担当者名 | 連絡先 | | |

| 障害種別と手帳の交付日 | 手帳の等級など | 障害の内容 ※必ずご記入ください |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体障害 手帳交付日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 | |
| <input type="checkbox"/> 知的障害 手帳交付日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 愛の手帳 () 度 <input type="checkbox"/> 判定書 () | |
| <input type="checkbox"/> 精神障害 手帳交付日 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | |
| <input type="checkbox"/> 発達障害 | <input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | |
| <input type="checkbox"/> 難病 | <input type="checkbox"/> 難病指定の医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他公的機関が交付する証明書 | |
| <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | |

このシート(A・B)両面の情報を障害者委託訓練に限定して使用することに
同意します。

本人署名 _____

| 財団記入欄 | |
|-------|----|
| 担当 | 登録 |
| / | / |

*受講希望シート(A)と(B)の原本を東京しごと財団までお送りください

財団整理番号 _____

受講希望シート(B)

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| 氏名 | | | | | |
| 訓練名 | | | | | |
| 在宅訓練の 志望動機 | | | | | |
| 必要な配慮 希望等 (自由記入) | | | | | |
| e-ラーニング のパソコン 通信環境 | 使用パソコン名称 | | | | |
| | 使用のOS | | | | |
| | CPU | メモリー | | HD容量 | |
| | ●お持ちの機器、ソフト等に□をご記入ください | | | | |
| | 周辺機器 | <input type="checkbox"/> マイク | <input type="checkbox"/> ヘッドフォンまたはイヤホン | <input type="checkbox"/> Webカメラ | <input type="checkbox"/> プリンタ |
| | OFFICEソフト | <input type="checkbox"/> | ワード | <input type="checkbox"/> エクセル | <input type="checkbox"/> パワーポイント |
| | OFFICEソフトのバージョン | <input type="checkbox"/> 2021 | <input type="checkbox"/> 2024 | <input type="checkbox"/> Office365 | <input type="checkbox"/> 他() |
| | 導入ソフト | <input type="checkbox"/> PDF作成 | <input type="checkbox"/> 画像処理 | <input type="checkbox"/> 音声読み上げ | <input type="checkbox"/> HP作成 |
| | ウィルス対策ソフト | <input type="checkbox"/> アクセシビリティ等 | | | |
| | 解凍ソフト | <input type="checkbox"/> Windous標準機能 | | | |
| 通信回線 | <input type="checkbox"/> 光通信 | <input type="checkbox"/> ADSL | <input type="checkbox"/> CATV | <input type="checkbox"/> 他() | |
| 備考(特記事項など) | | | | | |
| 最終学歴 | 在学期間 | | 学校名・学科 | | |
| | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 職歴 新しいものから記入 就労支援機関等の 訓練や通所なども ご記入ください | 在職期間 | | 仕事の内容 | | |
| | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |

| 公共職業安定所記入欄 | | | |
|---------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |
| 求職番号 | | | |
| 安定所名 | 公共職業安定所 | | 担当者 |
| 委託先 | | | |
| 訓練名 | | | |
| 訓練開始 | 年 | 月 | 日 |
| 予定 | | | |
| 公共職業訓練 受講歴 | <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 修了 · <input type="checkbox"/> 中退) <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 訓練期間 | 年 | 月 |
| | から | 年 | 月 |
| 訓練機関 | | | 訓練名 |
| 雇用保険 | <input type="checkbox"/> 受給中 | <input type="checkbox"/> 受給予定 | <input type="checkbox"/> 資格なし |
| 備考 | | | |