

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 _____

* 実践能力習得訓練コース
(在宅型訓練専用)

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)							
在宅型訓練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	<input type="checkbox"/> スキャナ	<input type="checkbox"/> 他()
	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	<input type="checkbox"/> アクセシビリティ等	
	ウィルス対策ソフト						
	解凍ソフト	<input type="checkbox"/> Windows標準機能	<input type="checkbox"/> Lhaplus	<input type="checkbox"/> Lhasa	<input type="checkbox"/> +Lhasa	<input type="checkbox"/> 他()	
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	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
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	コースNo. —		
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			