

受講希望シート(A)

次のとおりに障害者委託訓練の受講を希望します 記入日 年 月 日

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)										
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"/> 音声読上 <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					