

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

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	—		
	最寄駅 線 駅			
	携帯 または 電話・FAX	mail		
勤務先	企業名	部署名		
	所在地	(電話)		
緊急連絡先	部署名	役職名 担当者名		
	電話	mail		
支援機関	名称	担当者 (電話)		

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 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級	
<input type="checkbox"/> 知的障害 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 () 度 <input type="checkbox"/> 判定書 ()	
<input type="checkbox"/> 精神障害 <small>手帳交付日 年 月 日</small>	<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		
ご希望の訓練について	区分	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得 <input type="checkbox"/> 指導員派遣
	現在の仕事内容	
	希望する訓練内容	
	訓練名	
	コース番号	
必要な配慮希望等 (自由記入)		

上記の者は、現在 在職中であり、障害者委託訓練 在職者訓練コースを受講することを承認します。

企業名			
所在地	〒		
事業内容		設立	従業員数
		年	名
企業窓口担当者名		所属部署	
電話		mail	

代表者 _____ 印

*訓練修了1ヶ月後に雇用継続状況の確認をさせていただきます