

障がい者委託訓練受講エントリーシート

熊本県立高等技術専門校長 様

平成 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。

ふりがな 氏名		年 月 日生 (歳)	男・女
現住所	〒 電話番号 携帯電話 ファックス		
緊急連絡先	氏名 (本人との関係) 電話番号 携帯電話 ファックス		
利用している 支援機関等	名称 電話番号 ファックス		
障がい名	所有する手帳等		
	<input type="checkbox"/> 1 身体障害者手帳(級)		
	<input type="checkbox"/> 2 療育手帳()		
	<input type="checkbox"/> 3 精神保健福祉手帳(級)		
	<input type="checkbox"/> 4 その他()		
使用補装具名	<input type="checkbox"/> 義手(右, 左) <input type="checkbox"/> 義足(右, 左) <input type="checkbox"/> 上肢装具(右, 左) <input type="checkbox"/> 下肢装具(右, 左) <input type="checkbox"/> 体幹装具() <input type="checkbox"/> 杖類 <input type="checkbox"/> 車椅子		
最終学歴	在学期間	校名(専攻科)	
	年 月～		<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月		
免許・資格			
職歴 (最近のもの2ヶ所) 授産施設や 作業所も含む	在職期間	事業所の事業内容	あなたの職務内容
	年 月～		<input type="checkbox"/> 生産技術 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> サービス・販売 <input type="checkbox"/> その他
	年 月～		<input type="checkbox"/> 生産技術 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> サービス・販売 <input type="checkbox"/> その他
希望する 職業・仕事			
希望する訓練内容			
希望する訓練時間	<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 半日(午前・午後) <input type="checkbox"/> その他(1日 時間程度)		
希望する通所時間	通所時間 分以内 通所方法: <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他()		
問合せ及び提出先 <郵送等により直接本 校に提出してください。 >	熊本県立高等技術専門校 障がい者委託訓練担当 〒861-4108 熊本市南区幸田1丁目4番1号 電話096-378-0121 FAX096-378-0122		受付年月日

※訓練実施のためこのシートの写しを、管轄のハローワークに送付します。

※訓練実施のためこのシートの内容を、障害者就業・生活支援センターなどの支援機関と共有することがあります。