

## 障害者委託訓練エントリーシート

熊本県立高等技術専門学校 様

平成 年 月 日

次のとおり障がい者委託訓練の受託を希望します。

訓練コース	実践能力習得訓練コース			
<b>実施機関 (受託企業・機関)</b>	事業所名			
	所在地	〒		
	代表者	職		
氏名				
<b>訓練実施場所</b>	事業所名			
	所在地	〒		
	電話番号		駅から徒歩 分	
	FAX番号		バス停から徒歩 分	
	E-mail			
担当者	職			
	氏名			
<b>訓練内容</b>				
<b>1日の訓練時間</b>	時 分 ~ 時 分	(訓練時間 時間 分)	(休憩時間 分)	
<b>訓練休日</b>	土 ・ 日 ・ 祝日 ・ その他( )			
<b>対象障がい者 (該当番号に○もしくは は不用な文字を削除 してください)</b>	1 身体障がい者	①視覚 ②聴覚 ③上肢 ④下肢 ⑤内部		
	施設の状況	①車いす移動：可・不可 ②洋式トイレ：有・無		(可能人数)
		③階段手すり：有・無 ④休憩所：有・無		人
	2 知的障がい者			人
	3 精神障がい者			人
4 その他の障がい者( ①発達 ②難病 ③高次機能障がい )			人	
<b>通 勤</b>	自家用車：可・不可 単車自転車：可・不可			
<b>障がい者雇用実績</b>	有 (障がい者種別： ) ・ 無			
<b>訓練時期</b>	1 随時可 2 その他( )			

問合せ及び提出先 <郵便等により直接本 校に提出してください>	熊本県立高等技術専門学校 障がい者委託訓練担当者 〒861-4108 熊本市南区幸田1丁目4番1号 電話番号 096-378-0121 FAX 096-378-0122	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。