受付番号（　　）

熊本県立高等技術専門校

在職者訓練（障がい者）申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

コース名	
受講者氏名（フリガナ）	生年月日
	昭和・平成　　年　　月　　日 （　　才）
受講者現住所	
〒　　―	
連絡先電話番号　（ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ）	
―　　―	
勤務先名	
勤務先所在地	
〒　　― 電話番号　　―　　―	
業種	従業員数（該当するところに○してください）
	1～ 29人　300～499人 30～ 99人　500～999人 100～299人　1，000人以上
職種	
障がいの種別等	
身体（　級）・ 知的（A1・A2・B1・B2）・ 精神（　級）・ その他（　　）	
備考	

※「個人情報の保護に関する法律」の規定に基づき、申込書に記載された個人情報は、本校が規定等を遵守し適切に管理いたします。なお、保有している情報を基に、訓練期間中又は訓練終了後に、各種訓練情報等のご案内をさせていただくことがあります。