

障がい者委託訓練入校申込書

受付 ハローワーク()
 申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性別 男性 ・ 女性	
お名前			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
保護者氏名	※未成年者の場合に記入		
現住所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒	
	<input type="checkbox"/> 施設やホーム <input type="checkbox"/> その他	自宅電話 () 携帯電話 ()	FAX :
雇用保険受給	<input type="checkbox"/> あり [雇用保険支給番号:] <input type="checkbox"/> なし		
障がい種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他	所持する障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級/部位:) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A B1 B2) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> その他 (申請中・精神科医の意見書等)
		障害発生	<input type="checkbox"/> 中途 () <input type="checkbox"/> 先天
身体障がい者の場合、 使用している補装具	義手 義足 コルセット 松葉づえ 車いす その他 ()		
通院及び服薬状況	通院 <input type="checkbox"/> 有 (例:1か月に1回) <input type="checkbox"/> 無		
	服薬 <input type="checkbox"/> 有 (朝 昼 夜 寝る前) <input type="checkbox"/> 無		
最終学歴	学校 学科 年 月 卒		
就労経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(最終職歴及び仕事内容) 職場名 (職種 年 月 退職)	
訓練等の受講経験	<input type="checkbox"/> 有	訓練施設名 : 訓練科名 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 無		
通所方法	公共交通機関・自家用車等・自転車・その他 ()		
希望職種			
その他訓練受講に対する希望、配慮して欲しいことなど			