

様式第1号

就業支援基礎研修受講申込書

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
福井 障害者職業センター所長 殿

法人・施設
の名称
代表者氏名

(公印不要)

下記の者について、就業支援基礎研修の受講を申し込みます。

ふりがな								
氏名								
整理記号				任意のアルファベットで3ケタの記号をご記入ください。(例)YAK 個人情報保護のため、当研修の受講決定の際、氏名に代えて整理記号でお知らせしますので、ご了承ください。				
生年月日				年		月		日
所属 施設	名称							
	所在地	〒		-				
	連絡先	TEL				FAX		
	メールアドレス							
	属性(※)	①就労移行支援 ②就労定着支援 ③就労継続支援A型 ④就労継続支援B型 ⑤その他の福祉サービス ⑥障害者就業・生活支援センター ⑦自治体等の就労支援機関 ⑧職業能力開発機関 ⑨ハローワーク ⑩医療・保健機関 ⑪教育機関 ⑫行政機関 ⑬その他						
職名								
担当業務								
就業支援 実務経験(※)		①1年未満 ②1年以上～3年未満 ③3年以上～5年未満 ④5年以上～10年未満 ⑤10年以上						
受講希望(※)		①すべての科目を受講 ②一部の科目を受講 ②を選択された方は、受講を希望する科目を記入してください。						
受講者名簿への 記載の可否(※)		受講者に配布する受講者名簿に氏名及び所属を ①記載する ②記載しない						
備考								

(注1) 同一施設から複数名受講を希望される場合でも、受講者1名ごとに作成してください。

(注2) 「担当業務」の欄には受講対象者が担当している障害者の就業支援関係業務の内容を簡単に記載してください。

(注3) 「備考」欄には、障害者職業センターが年度に複数回実施する場合の受講希望回(例:第2回受講希望)を記載してください。また、障害により受講に係る特別な配慮が必要な際もご記載ください。

(※) 該当する番号を1つ選んで記入してください。

[個人情報の取扱いについて]

この受講申込書により取得した個人情報は、高齢・障害・求職者雇用支援機構において適正に管理し、以下の実施に限り使用します。

- ① 就業支援基礎研修の実施(受講者名簿の作成等)
- ② 就業支援基礎研修終了後のアンケート調査の実施
- ③ 障害者職業総合センター及び地域障害者職業センターにおいて実施する各種研修等の情報提供