様式第16号-１

**職場適応援助者養成研修修了者サポート研修**

**受　講　申　請　書**

令和　　年　　月　　日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

　　　茨城障害者職業センター所長 殿

　以下のとおり、研修の受講を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 」「
 | 受講希望区分※希望する区分に○を記入 | 【　　】企業在籍型 | 年　　月　　　日（　）開催 |
| 【　　】訪問型 | 年　　月　　　日（　）開催　　　 |
| 1. ②
 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
|  | 生年月日 |  |
|  | 所属部署 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL |  |
| E-mail |  |
| ⑤ | 役　職　名 |  |
|  | 職場適応援助者養成研修修了証書交付日　　注１） | ※修了した研修に○を記入（　　）企業在籍型職場適応援助者養成研修（　　）訪問型職場適応援助者養成研修＜修了証交付日＞年　　　月　　　日　 |
| ⑦ | 養成研修修了後の職場適応援助者としての実務経験年数　　　　　 | 年　　　　　月 |
| ⑧ | 職場適応援助者としての実務の状況 |  |
| ⑨ | 備　　考　　注２） |  |

注１）当該受講希望者が、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構以外の民間機関が実施する職場適応援助者養成研修を修了した者である場合は、研修を修了していることの確認のため、同研修の修了証書の写しを添付してください。

注２）障害により受講に際して特別な配慮が必要な場合は、⑨備考欄に、配慮事項の内容を記入してください。

注３）記載された個人情報は、当機構で適正に管理し、以下に限り使用します。

(1)当研修の実施（受講決定の通知、受講者名簿の作成・配付）

(2)当研修受講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で実施する各種研修の情報提供