様式第18号－１

**職場適応援助者支援スキル向上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

　下記のとおり、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 | |  | | |
|  | 職場適応援助者支援スキル向上　研修修了証書交付日  ※修了した研修に○を記入 | | | 【　　】企業在籍型職場適応援助者支援スキル向上研修  【　　】訪問型職場適応援助者支援スキル向上研修  ＜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１） | | |  | |

注１）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２）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