

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

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
 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 | <input type="checkbox"/> 企業在籍型 | 年 月 日 | 曜日 | 開催 |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問型 | 年 月 日 | 曜日 | 開催 |
| ② | ふりがな | | | ③ | 生年月日 |
| | 氏名 | | | | |
| ④ | 整理記号 | 任意のアルファベット(大文字)で3ケタの記号をご記入ください。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。(例)ABC | | | |
| 以下は 当研修を初めて受講する方 → ⑤～⑩に記載をしてください。 内容に変更がある方 → 該当部分に記載をしてください。 | | | | | |
| ⑤ | 所属事業所 及び部署 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | 〒 | | |
| | | 電話番号 | | | |
| | | メールアドレス | | | |
| ⑥ | 役職名 | | | | |
| ⑦ | 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 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者支援スキル向上研修 <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| ⑧ | 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 | 概ね | 年 | 月 | |
| ⑨ | 職場適応援助者としての実務の状況 | | | | |
| ⑩ | 受講の際の障害による配慮の必要性(注1) | <input type="checkbox"/> ① ある | ② なし | | |
| | | ↓ 配慮事項の概要 | | | |

(受講申請に関する留意事項)

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当研修に係る各種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

(申請書記入に際する注意事項)

(注1) 障害により受講に際して特別な配慮が必要な場合には、配慮事項の概要を記入してください。なお記入がない場合、対応できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。