

就業支援実習申込書

年 月 日

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

法人・施設
の名称

代表者氏名

(公印省略)

以下のとおり、就業支援実習を申し込みます。

受講者氏名 (職名)		氏名 (職名)	
	※注1	氏名 (職名)	
受講者 所属 施設	名 称		
	所在地	〒	
	連絡先	TEL	FAX
希望する 実習内容 (体験、実施方法 の説明等)	※実習は、4時間を1セットで行います。 ※1内容あたり約2時間ですので、2つの内容を1回ずつ、または 同内容を2回組み合わせ合わせてお申し込みください。		※シリーズで行っている内容 もありますので、具体的な希望 があれば記載して下さい。
	<input type="checkbox"/> 職業評価 (随時) <input type="checkbox"/> 作業支援 (月・火・水・金曜/午前10～午後3時) <input type="checkbox"/> 対人技能トレーニング (火曜/午前10～12時) <input type="checkbox"/> 就職活動プログラム (水曜/午後1～3時) <input type="checkbox"/> ライフスキルプログラム (木曜/午前10～12時) <input type="checkbox"/> アサーション講習 (月曜/午前10～12時) <input type="checkbox"/> アンダーコントロール講習 (月曜/午後1～3時) <input type="checkbox"/> ストレス対処講習 (水曜/午前10～12時) <input type="checkbox"/> 認知トレーニング講習 (金曜/午前10～12時) <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望日時 ※注2	第1希望	年 月 日 ()	時～ 時
	第2希望	年 月 日 ()	時～ 時
	第3希望	年 月 日 ()	時～ 時
備考 ※注3			

(注1) 1回の定員は2名程度です。

(注2) 希望日の1ヶ月前までにお申込ください。日程を確認・調整してご連絡します。なお、利用者の状況によっては、ご希望にそえない場合がありますのでご了承ください。

(注3) 障害により受講にあたって配慮が必要な場合には、配慮事項を備考欄に記載してください。

[個人情報取扱いについて]

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 就業支援実習の実施
- ② 就業支援実習終了後のアンケート調査の実施
- ③ 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