

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

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
山口 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	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	職場適応援助者養成研修修了証書交付日 (注1)	※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養成研修 <input type="checkbox"/> 訪問型型職場適応援助者養成研修 <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2)	<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) 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。