

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  
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 氏名	③		生年月日	年 月 日
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)	① ある ↓ 配慮事項の概要	② なし		

(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。