

障害者職業生活相談員 資格認定講習受講申込書

平成 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
秋 田 支 部 長 殿

事 業 所 名
代表者の職氏名 ㊟

障害者職業生活相談員資格認定講習を受講したいので、下記により申し込みます。

Ⅰ 受講候補者	① ふりがな 氏 名				
	② 生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日		③ 性 別	男 ・ 女
	④ 所 属	部 課 名		職 名	
	⑤ 障害者職業生活相談員としての選任状況	選任予定 ・ 選任済み ・ 選任予定なし			
Ⅱ 所属事業所	⑥ 事業所名				
	⑦ 所 在 地	〒 () 電話 () FAX ()			
	⑧ 担当者の職・氏名	職 名		氏 名	
	⑨ 労働者数	人	うち	身体障害者数	人
				知的障害者数	人
			精神障害者数	人	
			その他の障害者数	人	
	⑩ 障害者職業生活相談員に専任されている者の有無（Ⅰ-①の候補者以外）	有 (名) 無			
Ⅲ 備考	※ 受講にあたって特別な配慮を希望される方は、その旨をご記入ください。				

※ 処理欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	第 号
	通知年月日	平成 年 月 日	通知番号	第 号

- 【記入注意】
- 1 ⑧…受講申込書の内容等について、照合する場合のご担当者についてご記入ください。
 - 2 ※処理欄には、記入しないでください。
 - 3 記載された情報は、高齢・障害・求職者雇用支援機構において適正に管理し、障害者職業生活相談員の資格認定及びその講習の実施を目的としてのみ利用します。