

◆申し込みフォームの入力方法

- ・入力下記、募集期間中にお願いします。期間前、期間後は入力できません。

令和7年6月2日(月) ～ 令和7年6月30日(月)

- ・「お申し込みに関する窓口となるご担当者」と、「受講希望者」の情報を入力いただきます。同一である場合でも、それぞれ入力してください。
- ・同一事業所から複数名お申し込みの場合でも、1名につき1回、フォーム入力・送信となります。
- ・送信後、「お申し込みに関する窓口となるご担当者」のメールアドレス宛に、自動受付メールが送信されます。
届かない場合は、迷惑メールフォルダなどをご確認の上、茨城支部までご連絡をお願いいたします。
(茨城支部 高齢・障害者業務課:029-300-1215)

スタート

令和7年度
障害者職業生活相談員 資格認定講習
申し込みフォーム【茨城支部】

募集期間 : 令和7年6月2日(月) ～ 令和7年6月30日(月)

【必ずお読みください】
最後まで入力し、「送信」後、「申込担当者」のメールアドレス宛に、受付完了メールが自動送信されます。
届かない場合には、茨城支部までご連絡をお願いいたします。
(茨城支部 高齢・障害者業務課 電話: 029-300-1215)

今すぐ開始

クリック

①受講希望 の入力 ～事業所の情報と希望回～

令和7年度
障害者職業生活相談員 資格認定講習
申し込みフォーム【茨城支部】

* 必須

受講希望

申し込み事業所の情報 / 希望回 / 任意受講科目への参加希望の有無 を入力・選択してください。

1. 事業所の名称 *

(例) 株式会社マクハリックウ 水戸営業所

回答を入力してください

2. 代表者の職・氏名 *

(例) 代表取締役社長 幕張 太郎

回答を入力してください

3. 受講希望回を選択してください。 *

☐ 第1回 (集合講習) 令和7年8月28日(木)～令和7年8月29日(金)【水戸市民会館】

☐ 第2回 (オンライン講習) 令和7年9月17日(水)～令和7年9月19日(金)【場所は任意(事業所・自宅など)※受講会場の提供はございません】

4. 「任意受講科目」への参加 (任意受講科目は資格取得の要件ではありません。任意受講科目の詳細は追ってご連絡いたします。) *

☐ 希望する

☐ 希望しない

次へ

入力・選択

クリック

1. 事業所の名称 : 受講希望者が所属する事業所の名称を入力します。
2. 代表者の職・氏名 : 「1.」の事業所の代表者の職氏名を入力します。
3. 受講希望回 : 【第1回】 または 【第2回】のいずれかを選択します。
4. 「任意受講科目」への参加 : 【希望する】 または 【希望しない】のいずれかを選択します。



次へ

をクリックします。

②申込事業所 の入力 ～申込ご担当者の情報・事業所の障害者雇用状況～

令和7年度
障害者職業生活相談員 資格認定講習
申し込みフォーム【茨城支部】

* 必須

申込事業所
申し込みに関する窓口となるご担当者様の情報を入力してください。

5. 郵便番号（ハイフン不要）*
（例）310-0803 → 3100803
回答を入力してください

6. 所在地（受講通知書の送付先）*
（例）茨城県水戸市城南1-4-7 第5アパルスビル5階
回答を入力してください

7. 事業の内容*
（例）食料品製造業
回答を入力してください

8. 申込担当者の氏名（姓と名を1文字あけてください）（申し込みに関する窓口となるご担当者様を入力してください）
（例）機橋 太郎
回答を入力してください

9. 申込担当者の所属部課*
（例）総務部総務課
回答を入力してください

10. 電話番号（ハイフン不要）*
（例）029-300-1215 → 0293001215
値は数値にする必要があります

11. F A X 番号（F A Xが無い場合は記入不要 / ハイフン不要）
（例）029-300-1217 → 0293001217
値は数値にする必要があります

12. 申込担当者のメールアドレス（このメールアドレス宛に申込受付メールを送信します）*
メールを入力してください

13. 申込事業所単体において常時雇用する労働者数*
値は数値にする必要があります

14. 質問13のうち、「身体障害者」の人数（該当者がいない場合は入力不要）
値は数値にする必要があります

15. 質問13のうち、「知的障害者」の人数（該当者がいない場合は入力不要）
値は数値にする必要があります

16. 質問13のうち、「精神障害者」の人数（該当者がいない場合は入力不要）
値は数値にする必要があります

17. 質問13のうち、「その他の障害者」の人数（該当者がいない場合は入力不要）
値は数値にする必要があります

戻る 次へ

5.郵便番号：ハイフン不要です。

6.所在地：受講通知書の宛先です。

7.事業の内容：事業概要です。

8.申込担当者の氏名：
申し込みに関する窓口となるご担当者様の氏名を入力します。

9.申込担当者の所属部課：
8.で入力したご担当者様の所属部課名を入力します。

10.電話番号：ハイフン不要です。

11.FAX番号：FAXがない場合は入力不要です。

12.申込担当者のメールアドレス：
申込受付メールの宛先です。

13.申込事業所単体において常時雇用する労働者数：障害者を含めた総人数です。

14.「身体障害者」の人数
15.「知的障害者」の人数
16.「精神障害者」の人数
17.「その他の障害者」の人数

13.の総人数のうち、該当者の人数を入力します。単位「人」は不要です。
該当者がいない場合は、入力不要です。

次へ

をクリックします。

クリック

③受講希望者 の入力 ～受講者本人の情報～

令和7年度
障害者職業生活相談員 資格認定講習
申し込みフォーム【茨城支部】

* 必須

受講希望者
受講を希望される方の情報を入力してください。申し込みご担当者と同一の場合も改めて入力してください。

18. 氏名（漢字）（姓と名を1文字あけてください）*

（例） 葛 花子

回答を入力してください

19. 氏名（カタカナ）（姓と名を1文字あけてください）*

（例） マクハリ ハナコ

回答を入力してください

20. 生年月日（西暦）*

（例） 昭和55年10月20日 → 19801020

値は数値にする必要があります

21. 所属部課

（例） 総務部総務課

回答を入力してください

22. 所属部課が所在する都道府県名（質問6.「所在地」と同一の場合は入力不要）

回答を入力してください

23. メールアドレス（オンライン受講の場合、このメールアドレス宛に受講案内を送信します）

メールを入力してください

24. 障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験の有無*

☐ 初めて（未経験・これから）

☐ 実務経験あり

25. 質問24.の実務経験年数*

値は数値にする必要があります

25. 受講希望理由（1つ）*

「選任義務がある事業所」とは、5人以上の障害者を雇用する事業所をいいます。「実務経験」とは3年以上、障害者である労働者の職業生活に関する相談及び指導経験をいいます。

☐ 選任義務がある事業所で、相談員有資格者がいないため

☐ 選任義務がある事業所で、相談員が人事異動等で不在となるため

☐ 当該年度中に雇用障害者の増加により、選任義務が生じる見込みのため

☐ 選任義務がある事業所で、実務経験により相談員として選任されているが、講習を受講したいため

☐ 選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため

☐ 相談員をすでに選任しているが、雇用障害者の増加等により、相談員を増員するため

☐ その他

26. 同一事業所で複数名の受講希望者がいる場合、当該希望者の受講優先順位を入力してください。希望者が1名のみの場合は入力不要

（例） 1/3 ※同一事業所で3名申し込みで、優先順位1番目の場合

回答を入力してください

27. 受講に際して必要な障害等への配慮の要否*

「資料の拡大」「座席の指定」「手話通訳」「要約筆記」などが必要な場合は「要」にチェックを入れてください。選択肢が表示されます。

☐ 要

☐ 不要

28. 受講に際して必要な障害等への配慮が「要」の場合、選択してください*

☐ 資料の拡大

☐ 座席の指定（車いす等）

☐ 手話通訳

☐ 要約筆記

☐ その他

戻る 送信

クリック

18.氏名(漢字)
19.氏名(カタカナ)

受講希望者の氏名を、漢字とカタカナで入力します。
姓と名の間は1文字開けます。

20.生年月日：西暦です。

21.所属部課：

22.所属部課が所在する都道府県名：
所在地と同じ場合は入力不要

23.メールアドレス：
受講希望者ご本人のアドレスです。
オンライン希望の場合、こちらの
アドレスに案内が送信されます。

24.障害者の職業生活に関する相談・
指導の実務経験の有無：
いずれかを選択します。

※「あり」の場合、年数を入力します。

25.受講希望理由(1つ)：
いずれかを選択します。

26.同一事業所で複数名の受講希望
者がいる場合、当該希望者の
受講優先順位：
○人中●番目の場合＝●/○

27.受講に際して必要な障害等への
配慮の要否：
いずれかを選択します。

※「要」の場合、選択肢が表示されます。

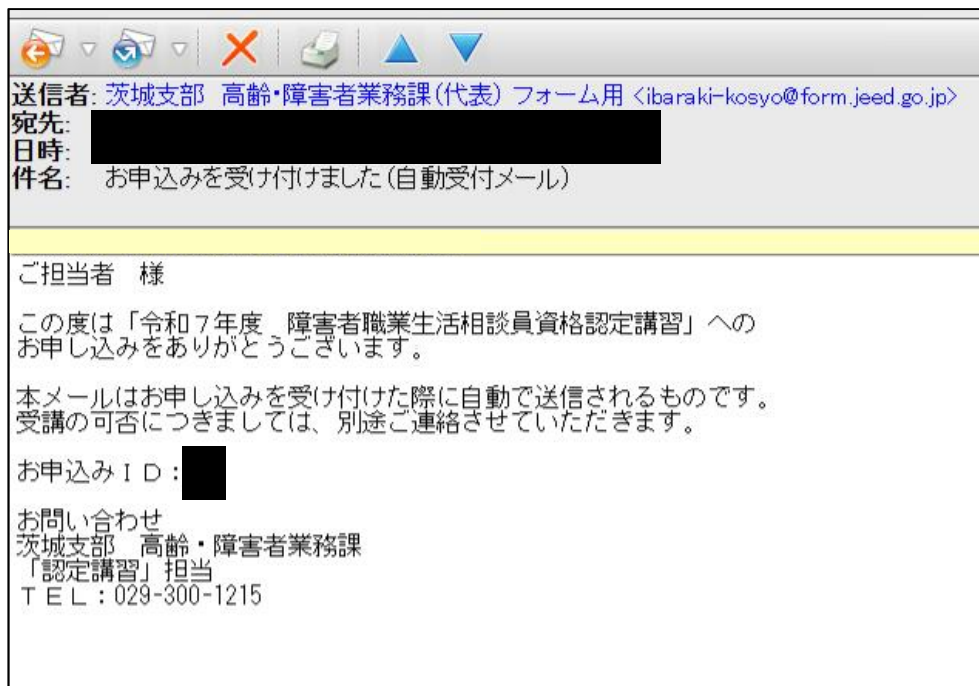
送信

をクリックします。

★送信後



◀「送信されました」
と表示されたら、画面を
閉じます。



メールサンプル

- ▲ メールを確認します。
申し込みに関する窓口となるご担当者様のメールアドレスに届きます。

ibaraki-kosyo@form.jeed.go.jp から送信されます。

- ※自動受付メールへの返信はできません。
※「送信されました」の画面を確認したが、自動受付メールが届かない場合
- ・迷惑メールフォルダなどをご確認ください。
 - ・茨城支部までご連絡をお願いします。
＜TEL＞029-300-1215