

障害者職業生活相談員  
資格認定講習受講申込書

令和 2 年 10月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
新潟支部長 殿

事業所の名称  
代表者の職・氏名

次のとおり、障害者職業生活相談員資格認定講習の受講を申込みます。

受講希望回	<b>第2回 12月10日(木)～11日(金)</b>			申込期間	10月1日(木)～10月31日(土) 消印有効	
<b>申込事業所</b>						
所在地 ■受講通知書の送付先となります	〒			(事業内容)		
担当者の氏名、所属及び連絡先 ※1	氏名		所属部課			
	電話番号		FAX番号			
事業所概要	労働者数	_____名	うち	身体障害者数	_____名	
	↑ 申込事業所単体における常用雇用労働者数及び雇用障害者数 (週所定労働時間20時間以上30時間未満の短時間労働者も含む)を <b>実人数</b> で記入してください。			知的障害者数	_____名	
				精神障害者数	_____名	
				その他の障害者数	_____名	
<b>受講希望者</b>						
※受講希望者欄の「氏名」「生年月日」は修了証書発行に使用しますので正確にご記入ください。						
氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和	_____年	_____月
				平成	_____年	_____月
所属部課						
障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験年数	<input type="checkbox"/> 初めて ・ <input type="checkbox"/> 実務経験あり _____年		複数名の受講希望者がいる事業所の場合、当該希望者の受講優先順位	人中 番目		
受講希望理由 (「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)	<input type="checkbox"/> (1)選任義務がある事業所で、相談員有資格者がいないため <input type="checkbox"/> (2)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 <input type="checkbox"/> (3)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 <input type="checkbox"/> (4)選任義務がある事業所で、実務経験(※2)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 <input type="checkbox"/> (5)選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため <input type="checkbox"/> (6)相談員を既に選任しているが、雇用障害者数の増加等により、相談員を増員するため <input type="checkbox"/> (7)その他(具体的理由を記入してください)					
受講される方が障害をお持ちの際に必要な配慮	<input type="checkbox"/> 要 ⇒ (要を選択された場合、該当する内容に☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 不要					
<input type="checkbox"/> 資料の拡大 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす等) <input type="checkbox"/> その他( )						
<b>処理欄 ※記入しないでください。</b>						
受理年月日	_____年	_____月	_____日	受理番号	第_____号	
通知年月日	_____年	_____月	_____日	通知番号	第_____号	
備考						

(記入に際する留意事項)

- ※1には、本受講申込書の内容等について、こちらから照会する場合のご担当者についてご記入ください。
- 記載された情報は、(独)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資格認定講習を適切に実施することを目的として、また当機構において実施する各種研修等の情報提供のために使用します。
- ※2「実務経験」による相談員の資格要件は、記入例の裏面をご覧ください。
- 「受講に際して必要な障害等への配慮」は、講習を均等に受講いただく準備のために確認するものであり、受講決定可否の判断及びその他の目的に使用することはありません。支障のない範囲でご記入下さい。
- 受講希望者が複数いる場合は、申込書を人数分作成し、それぞれに受講優先順位をご記入の上、提出してください。(多くの事業主様から受講いただくため、ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。)