

記入例

障害者職業生活相談員
資格認定講習受講申込書

申込日

令和 7 年 〇 月 〇 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
鳥取支部長 殿

申込者の所属事業所の長（社長、所長、センター長等）
の職、氏名の記入をお願いします。

事業所の名称 株式会社〇△□工業
代表者の職・氏名 代表取締役社長 幕張 太郎

ご案内、ホームページをご確認いただき、受講
を

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。

受講希望日	← 選択してください		
任意受講科目の受講希望 (※1)	☐ 希望する ・ ☐ 希望しない 令和7年12月11日(木)		
申込事業所			
所在地 ※郵送時の受講通知書の送付先となります	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市 ・ 主な事業内容を簡潔にご記入ください。 ・ A型事業所はその旨ご記入ください。		(事業内容) 〇〇の製造
担当者の氏名、 所属及び連絡先	氏 名 幕張 若葉	所属部課 総務部人事課	
※当機構から照会する場合の担当者をご記載ください。	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	E-mail ■受講通知書はメール通知を基本としますので、通知用のメールアドレスをご記載ください。 abc@def.co.jp		
事業所概要	労働者数 70 名 うち 身体障害者数 1 名 申込事業所単体で常時雇用する障害者数 4 名 別障害者数(短時間労働者を含む) 1 名 その他障害者数 0 名		
受講希望者			
※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) チバ ハナコ 千葉 花子	生 年 月 日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成
所 属 部 課	所 属 部 課 が 所 在 す る 都 道 府 県 名 (上記所在地と同一の場合は記入不要)		
E-mail	■オンライン配信に関する案内を通知しますので、通知用のメールアドレスをご記載ください。 abc@def.co.jp		
障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験年数	☒ 初めて ・ ☐ 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	3 人中 1 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)	受講希望理由として該当するものにチェックしてください(1つ)。 ☐ (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 ☐ (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 ☒ (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 ☐ (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 ☐ (5) 選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため ☐ (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 ☐ (7) その他(具体的理由を記入してください)		
受講に際して必要な障害等への配慮	☒ 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) ☐ 資料の拡大 ☒ 手話通訳 ☐ 要約筆記 ☐ 不要 ☐ 座席の指定(車いす等) ☐ その他()		

処理欄 ※記入しないでください。

この欄には記入しないでください。

(記入に際する留意事項)

- (※1) 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、お申込み先の都道府県支部高齢・障害者業務課にお問い合わせください。
- (※2) 「実務経験」による相談員の資格要件は、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、講習を円滑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。個別の事情は、受講決定後に改めて伺いますので、支障のない範囲でご記入ください。
- 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。
- 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。
(受講希望者が複数の場合、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。)