

申込期限 令和8年11月13日  
FAX 073-462-6810

## 意見交換会(任意科目)のみ参加用申込書

資格取得のための講習会にお申込の方はWebよりお申込みください

※ 本意見交換会は、障害者職業生活相談員資格の取得要件ではありません。

令和 8 年 月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
和歌山支部

事業所の名称

代表者の職・氏名

申込事業所											
所在地	〒		(事業内容)								
	※郵送時の受講通知書の送付先となります										
担当者の氏名、所属及び連絡先	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いて常時雇用する労働者数及び、 常時雇用する障害者数を <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			
受講希望者											
※受講希望者欄の「氏名」「生年月日」は正確にご記入ください。											
氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日				
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)								
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						
障害者職業生活相談員資格認定講習への参加	<input type="checkbox"/> ナシ		<input type="checkbox"/> 受講経験あり		受講した支部			支部			
受講に際して必要な障害等への配慮	<input type="checkbox"/> 要		配慮が必要と√された方はどのような配慮が必要なのかご記入ください。								<input type="checkbox"/> 不要

下記のアンケートにご回答ください。

◎どのようなことでも結構です、職務指導など障害者雇用に関することでお困りごとがあれば下記にご記入ください。

(記入に際する留意事項)

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研修の情報提供のために使用します。