

障害者職業生活相談員資格認定講習
における意見交換会のみ申込書

申込書②

資格取得のための講習会にお申込の方は申込書①のみご記入ください。

令和 7 年 9 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
FAX 073-462-6810

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における意見交換のみの受講を申込みます。

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			
		↑			知的障害者数			名			
	申込事業所単体において常時雇用する労働者数及び、				→ 精神障害者数			名			
	常時雇用する障害者数を 実人数 で記入してください。				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		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			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
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	
受講希望理由											
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)

- 「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。
- 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。
(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。)