

ひょうごけんしょうがいしゃじゆうてんぶんやしゅうろうそくしんじぎょう かいごほじょぎょうむき そくんれん もうしこみしょ
兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練」申込書

ほんにんよう
<本人用>

だい き だい き
(第1期・第2期)

おうぼ きべつ まる
※応募する期別に○をつけてください

ふりがな 氏名 (なまえ)		ほごしゃめい 保護者名 ()		あなたの写真を貼ってください	
せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	つき 月	にちう 日生まれ	ねんれい 年齢	さい 歳
おとこ おんな 男・女	じゅうしょ 住所		横 3センチ 縦 4センチ		
でんわばんごう 電話番号	けいたいでんわ 携帯電話				
しせつ がっこうめい 施設・学校名	ざいせきねんすう がくねん 在籍年数・学年		ねん 年		
じゅうしょ 住所	〒	でんわばんごう 電話番号			
		ふあつくすばんごう FAX番号			
		たんとうしゃめい 担当者名			
しょうがいしゅべつ 障害種別	しんたい ぶ い 身体 (部位.....級)		ちてき 知的 (A・B1・B2)・精神 (.....級)		
	その他 ()				
いま 1.今までに就職をしたことがありますか?		①ない ②ある ()			
ある場合は、会社名と業種を書いてください					
いま 2.今までに実習 (会社や工場) したことがありますか?		①ない ②ある ()			
ある場合は、どのような実習をしましたか?					
3.あなたの得意なこと(好きなこと)は、どんなことですか					
4.あなたの苦手なことは、どんなことですか					
5.訓練に向けてのあなたの志望動機を書いてください					
6.その他 (配慮してほしいことなどがあれば書いてください)					

兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練(第1期・第2期)」申込書

(施設・事業所用)

フリガナ			年 月 日生	男
氏名			() 歳	女
住所・電話	〒 電話			
所属施設名				
施設連絡先	〒	電話		
		FAX		
障害程度	療育手帳 A ・ B1 ・ B2 (障害名) 身体障害者手帳 種 級 (障害名) 精神障害者保健福祉手帳 級 (障害名)			
出身校	学校 特別支援学校 (養護学校)			
最寄駅までの最短経路	自宅から最寄駅 (電車) まで、 徒歩 ・ 自転車 ・ バス (停留所名) 自宅⇒ 駅 所要時間 分			
健康状態	通院状況	有 ・ 無 (週 ・ 月 ・ 年)		
	服薬状況	有 ・ 無 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 ・)		
傷害保険	有 ・ 無	(A I U 保険 ・ その他)		
訓練受講における留意事項・健康状態などについて				
適している職種・作業内容				
他者とのコミュニケーション				
障害特性・配慮事項 (本人が働きやすい環境を作るにはどんなことに配慮が必要か、などを具体的に記入)				
施設・事業所で従事している業務内容について(どのような役割を担っているか等、具体的にお書きください)				

兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練(第1期・第2期)」申込書

(施設・事業所用)

現所属在籍期間	(施設・事業所名等)		(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月 (在籍期間: 年 か月)
実習経験	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
就労実績	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間) 年 月 ~ 年 月
退職理由				
推薦する理由、 訓練中の支援体制に ついて具体的にお書 き下さい				
求職登録先	※求職登録している場合のみお答え下さい ハローワーク () 担当者 () 年 月に登録			
支援担当者		記入日	年 月 日	