

障がい者委託訓練受講申込書

受付 ハローワーク()
申込日 令和 年 月 日

フリガナ お 名 前		性 別 男性 ・ 女性	
生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
年 齢		歳	
保護者氏名		※未成年者の場合に記入	
現 住 所	☐ 自宅 ☐ 施設やホーム ☐ その他	〒 — 自宅電話 () 携帯電話 () FAX :	
雇用保険受給		☐ あり〔雇用保険支給番号： 〕 ☐ なし	
障 が い 種 別	☐ 身体障がい ☐ 知的障がい ☐ 精神障がい ☐ 発達障がい ☐ 高次脳機能障害 ☐ その他	所持する 障害手帳	☐ 身体障害者手帳（ 級／部位： ） ☐ 療育手帳（ A B 1 B 2 ） ☐ 精神保健福祉手帳（ 級） ☐ その他（申請中・精神科医の意見書等）
		障害発生	☐ 中途（ ） ☐ 先天
身体障がい者の場合、 使用している補装具		義手 義足 コルセット 松葉づえ 車いす その他（ ）	
通院及び服薬状況		通院 ☐ 有（例：1か月に1回 ） ☐ 無	
		服薬 ☐ 有（ 朝 昼 夜 寝る前 ） ☐ 無	
最 終 学 歴		学校 学科 年 月 卒	
就 労 経 験		☐ 有 ☐ 無	（最終職歴及び仕事内容） 職場名 （職種 年 月 退職 ）
訓練等の受講経験		☐ 有	訓練施設名： 訓練科名 ： 年 月 日～ 年 月 日
		☐ 無	
通 所 方 法		公共交通機関・自家用車等・自転車・その他（ ）	
希 望 職 種			
その他訓練受講に対する希望、配慮して欲しいことなど			