

就業支援実践研修受講申込書

西暦 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
北海道支部 北海道障害者職業センター所長 殿

法人・施設
の名称

代表者氏名

(公印省略)

下記の者について、就業支援実践研修の受講を申し込みます。

ふりがな					
氏名					
整理記号				任意のアルファベットで3ケタの記号をご記入ください。(例)YAK 個人情報保護のため、当研修の受講決定の際、氏名に代えて整理記号でお知らせしますので、ご了承ください。	
所属 施設	名称				
	所在地	〒		-	
	連絡先	TEL		FAX	
	メールアドレス				
	属性(※)	①就労移行支援 ②就労定着支援 ③就労継続支援A型 ④就労継続支援B型 ⑤その他の福祉サービス ⑥障害者就業・生活支援センター ⑦自治体等の就労支援機関 ⑧職業能力開発機関 ⑨ハローワーク ⑩医療・保健機関 ⑪教育機関 ⑫行政機関 ⑬その他			
職名					
担当業務					
就業支援実務経験(※)		①2年以上～3年未満 ②3年以上～5年未満 ③5年以上～10年未満 ④10年以上			
受講コース		発達障害コース(北海道エリア) ※発達障害コース以外をご希望の方は他県の実践研修をご覧ください。			
受講動機 (研修内容をどのように活用したいか等)					
受講者名簿への記載の可否(※)		受講者に配布する受講者名簿に氏名及び所属を ①記載する ②記載しない			
就業支援基礎研修の修了歴(※)		地域障害者職業センターが実施する「就業支援基礎研修」を ①修了している ②受講・修了していない			
就業支援実践研修の受講歴(※)		地域障害者職業センターが実施する「就業支援実践研修」について ①精神障害コースを受講している ②発達障害コースを受講している ③高次脳機能障害コースを受講している ④複数受講している ⑤受講していない			
備考					

(注1) 同一施設から複数名受講を希望される場合でも、受講者1名ごとに作成してください。

(注2) 「担当業務」の欄には受講対象者が担当している障害者の就業支援関係業務の内容を簡単に記載してください。

(注3) 障害により受講に際して特別な配慮が必要な場合は、「備考」欄に配慮事項の内容を記入してください。

(※) 該当する番号を1つ選んで記入してください。

[個人情報の取扱いについて]

この受講申込書により取得した個人情報は、高齢・障害・求職者雇用支援機構において適正に管理し、以下の実施に限り使用します。

- ① 就業支援実践研修の実施(受講者名簿の作成等)
- ② 就業支援実践研修終了後のアンケート調査の実施
- ③ 障害者職業総合センター及び地域障害者職業センターにおいて実施する各種研修等の情報提供