

平成30年度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 ／主に用／

<本人用>

(記入者名)

八四、日 月

)

ふりがな 氏名 (なまえ)	ほごしやめい 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 男	おんな 女	
じゅうしょ 住所	〒						よこ 横 3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				たて 縦 4センチ
じぎょうしょ 事業所・学校名				ざいせきねんすう 在籍年数・学年	がくねん 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				
				たんとうしやめい 担当者名				
しょううがいしゅべつ 障害種別	しんたい (部位 _____ · _____ 級) · 知的 (A · B 1 · B 2) · 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? ある場合は、会社名と業種を書いてください	①ない ②ある (_____)							
いま 2.今までに実習(会社や工場)したことがありますか? ある場合は、どのような実習をしましたか?	①ない ②ある (_____)							
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)								

平成30年度障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練」推薦書 1/2

(支援者・担当者用)

フリガナ			年 月 日 生	男
申込者氏名			() 歳	女
住所・電話	〒 電話			
所属事業所名				
事業所連絡先	〒	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)				

平成30年度障害者重点分野就労促進事業「介護補助業務基礎訓練」推薦書 2/2

(支援者・担当者用)

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 (付添の可否等)				
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		