**３０「」**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＜＞**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| （なまえ）　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | あなたのをってください　３センチ　４センチ |
|  | 　　　　　　　　　　まれ　 | 　　　　 | ・ |
|  | 〒 |
|  |  |  |  |
| ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　 |
| 　〒 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | （　　　　　　　・　　　　）　・（Ａ・Ｂ１・Ｂ２）・（　　　　）その（　　　　　　　　　　） |
| 1.までにをしたことがありますか？　あるは、とをいてください | 1. ①ない

②ある（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2.までに（や）したことがありますか？　あるは、どのようなをしましたか？ | 1. ①ない

②ある（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 3.あなたのなこと(きなこと)は、どんなことですか |
| 4.あなたのなことは、どんなことですか |
| 5.にけてのあなたのをいてください |
| 6.（してほしいことなどがあればいてください） |

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（支援者・担当者用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  　　 年　　月　　日 生　 　　（　　　　　）歳 | 男女 |
| 申込者氏名 |  |
| 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 | (　ＡＩＵ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「介護補助業務実践訓練」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 |  |