

様式2 障がい者の多様なニーズに対応した委託訓練受講希望シート

令和 年 月 日

次のとおり障がい者委託訓練の受講を希望します。

習得を希望する知識、技能、資格など	<働くことに関する意識など> 1 出勤、退勤、職場でのあいさつなどの基本的な労働習慣を身につけること 2 働くことに対する意識をしっかりと持てるようにすること 3 作業を確実に行うこと 4 動作を機敏に行うこと 5 その他 ()		
	<知識、技能、資格など>		
希望する訓練時期	令和 年 月 日～ 月 日	希望する訓練期間	か月
希望する訓練時間	時 分 ～ 時 分		
希望する訓練場所			
その他 訓練に対する希望、配慮してほしいことなど			
訓練前の状況 (○をつけてください)	無職 福祉作業所 (施設名:) 学校 (学校名:) その他 ()		

ふりがな
氏名

生年月日 年 月 日生 (歳) 性別 ()

[保護者等氏名 (未成年の場合のみ)]

〒

現住所

電話番号 - -
 携帯電話番号 - -
 緊急連絡先 - -

所有する手帳等
 1 身体障害者手帳 (障がい部位)
 2 療育手帳
 3 精神保健福祉手帳
 4 その他 ()

(県使用欄)