

愛知県障害者就労支援者養成研修受講推薦申込書

年 月 日

(愛知県業務受託者)

愛知玉野情報システム株式会社社長殿

福祉施設を
運営する法
人(団体)名

代表者職氏名

印

下記の者について、愛知県障害者就労支援者養成研修の受講をさせたく推薦し申込みます。

ふりがな 氏 名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
法人(団体)勤務 開始日	昭和・平成	年	月 日
所属施設	名称		
	所在地		
	連絡先	TEL	FAX
	メールアドレス		
	属性	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> その他(該当するものの□にレをつけてください。その他は()にその属性を記入してください。)	
職名/役職名			
担当業務			
就労支援の実務 経験年数	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1~2年 <input type="checkbox"/> 2~3年 <input type="checkbox"/> 3~5年 <input type="checkbox"/> 5~10年 <input type="checkbox"/> 10年以上 該当するものの□にレをつけてください。		
就労支援 実務経験 内 容			
申し込み区分	<input type="checkbox"/> 支援者養成研修 <input type="checkbox"/> 就労支援活動の資質向上研修(定員枠内に残がある場合に受講) 該当するものの□にレをつけてください。		
座席場所等の配 慮が必要な事項			

注1) 同一施設からは原則として2名以内の受講とさせていただきます。

注2) 所属する法人(団体)に1年以上勤務していることが必要です。

注3) 「担当業務」の欄には研修受講申込者が担当している障害者就労支援関係業務の内容を、「就労支援実務経験内容」の欄には、研修受講申込者の障害者就労支援実務経験内容(支援を行った障害の別・障がい者本人に対する支援内容・企業担当者に対する支援内容等)を、それぞれ簡単に記載してください。
もし、該当がない場合は、「該当なし」と記載してください。

「個人情報の取り扱いについて」

この受講推薦申込書により取得した個人情報は、愛知玉野情報システム株式会社において適正に管理し、以下についてのみ使用します

- ① 愛知県障害者就労支援者養成研修の実施(受講決定通知、受講者名簿の作成、名札の作成、修了証書の作成等)
- ② 委託元である愛知県の求めにより提出する書類の作成等