

障害者職業生活相談員
資格認定講習受講申込書

年 月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
熊本支部 長 殿

事業所の名称
代表者の職・氏名

次のとおり、障害者職業生活相談員資格認定講習の受講を申込みます。

受 講 日	令和7年12月11～12日	利用交通機関（予定）	車（駐車台数に限りあり）・電車・その他（
申込事業所			
所在地 ■受講通知書の 送付先となります	〒		(事業内容)
担当者の氏名、 所属及び連絡先 (※1)	氏 名		所属部課
	電話番号		F A X 番号
	E-mail		
事業所概要	労働者数 _____ 名 うち		身体障害者数 _____ 名
	↑ 申込事業所単体において常時雇用する労働者数及び常時雇用する障 害者数を 実人数 で記入してください。		知的障害者数 _____ 名 精神障害者数 _____ 名 その他の障害者数 _____ 名
受講希望者			
※受講希望者欄の「氏名」「生年月日」は修了証書発行に使用しますので正確にご記入ください。			
氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
所 属 部 課		所 属 部 課 が 所 在 す る 都 道 府 県 名 (上記所在地と同一の場合は記入不要)	
障害者の職業生活に 関する相談・指導の 実 務 経 験 年 数	☐ 初めて ☐ 実務経験あり _____ 年		複数名の受講希望者がいる事業所の 場合、当該希望者の受講優先順位
受講希望理由 (「選任義務がある事業所」とは、5人以上の 障害者を雇用する 事業所をいいます)	受講希望理由として該当するものにチェックしてください（1つ）。		
	☐ (1) 選任義務がある事業所で、相談員有資格者がいないため		
	☐ (2) 選任義務がある事業所で、相談員が人事異動等で不在となるため		
	☐ (3) 当該年度中に雇用障害者の増加により、選任義務が生じる見込みのため		
	☐ (4) 選任義務がある事業所で、実務経験（※2）により相談員として選任されているが、 講習を受講したいため		
	☐ (5) 選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため		
	☐ (6) 相談員を既に選任しているが、雇用障害者数の増加等により、相談員を増員するため		
	☐ (7) その他（具体的理由を記入してください）		
受講に際して 必要な障害 等への配慮	☐ 要 ⇒ (要を選択された場合、該当する内容に☑をつけてください) ☐ 資料の拡大 ☐ 手話通訳 ☐ 要約筆記 ☐ 不要 ☐ 座席の指定（車いす等） ☐ その他（ ）		
処理欄 ※記入しないでください。			
受 理 番 号	第 _____ 号	通 知 番 号	第 _____ 号
備考			

(記入に際する留意事項)

- ※1 当機構から照会する場合のご担当者についてご記入ください。
- 記載された情報は、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構において適正に管理し、障害者職業生活相談員資格認定講習を適切に実施することを目的として、また当機構において実施する各種研修等の情報提供のために使用します。
- ※2 「実務経験」による相談員の資格要件は、別紙「障害者職業生活相談員資格認定講習のご案内」の裏面「厚生労働省で定める資格要件」の2～6をご参照下さい。
- 「受講に際して必要な障害等への配慮」は、講習を均等に受講いただく準備のために確認するものであり、受講決定可否の判断及びその他の目的に使用することはありません。個別の事情は、受講決定後に改めて伺いますので、支障のない範囲でご記入ください。
- 受講希望者が複数いる場合は、申込書を人数分作成し、それぞれに受講優先順位をご記入の上、提出してください。
(受講希望者が複数の場合、ご希望に添えない場合がございますのでご了承ください。)