

障害者職業生活相談員  
資格認定講習受講申込書

令和2年 月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
東京 支部 長 殿

事業所の名称  
代表者の職・氏名

印

次のとおり、障害者職業生活相談員資格認定講習を受講させたいので申込みます。

受講希望日	第 回 令和2年 月 日～ 月 日	※各回とも、受付期間内に申込みください。 (受付期間を過ぎたものは無効となります。)
-------	-------------------	---

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
事業所概要	労働者数 _____ 名 うち ↑	身体障害者数 _____ 名 知的障害者数 _____ 名 精神障害者数 _____ 名 その他の障害者数 _____ 名	
	申込事業所単体における常用雇用労働者数及び雇用障害者数(週所定労働時間20時間以上30時間未満の短時間労働者も含む)を <b>実人数</b> で記入してください。		

受講候補者

※受講候補者欄の「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
所 属 部 課		所属する事業所がある都道府県	

障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験年数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 実務経験あり _____ 年
--------------------------	--

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している事業所をいいます)	受講者希望理由として該当するものにチェックして下さい(1つ)		
	<input type="checkbox"/>	(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	
	<input type="checkbox"/>	(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	
	<input type="checkbox"/>	(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	
	<input type="checkbox"/>	(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	
	<input type="checkbox"/>	(5) 選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため。(障害者が5人未満の事業所)	
	<input type="checkbox"/>	(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	
	<input type="checkbox"/>	(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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 資料の拡大 <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす使用) <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす以外) <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他( )

処理欄 ※記入しないでください。

受 理 年 月 日	年 月 日	受 理 番 号	第 _____ 号
通 知 年 月 日	年 月 日	通 知 番 号	第 _____ 号
備考			

(記入に際する留意事項)

- ※1には、本受講申込書の内容等について、こちら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、裏面をご覧ください。
- 「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。
- 事業所で受講希望者が複数いる場合は、申込は各回1名までとして下さい。

(注)厚生労働省令で定める資格

- 職業能力開発促進法による職業能力開発総合大学校の長期課程の指導員訓練(福祉工学科に係
- 学校教育法による大学もしくは高等専門学校(旧専門学校を含む)の卒業生又は職業能力開発
- 学校教育法による高等学校(旧中学校令による中等学校を含む)又は中等教育学校の卒業生
- その他の者で、3年以上、障害者である労働者の職業生活に関する相談及び指導の実務経験
- 上記に掲げる者に準ずる者(※)  
(以上「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則」より引用)

※「上記に掲げる者に準ずる者」とは、職場適応援助者養成研修修了者又は「個別的なサポー

# 障害者職業生活相談員 資格認定講習受講申込書

申込日

令和2年 ○月 ○日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
東京支部長 殿

申込者の所属事業所の長(社長、所長、センター長等)の役職、氏名の記入をお願いします。

所属長の役職の入った印、社印を使用。個人印は無

事業所の名称 株式会社○○○○工業  
代表者の職・氏名 代表取締役社長 幕張 太郎 印

ご案内、ホームページを確認いただき、受講を希望する日程、回数をご記入ください。各回とも、受付期間内に申込みください。

次のとお を受講させたいので申込みます。

受講希望日	第 1 回 令和2年 9月10日～ 9月11日	※各回とも、受付期間内に申込みください。 (受付期間を過ぎたものは無効となります。)
-------	-------------------------	---

申込事業所			
所在地 (受講通知書の送付先となります)	〒○○○-○○○○ ○○都○○区○○ ○-○○-○○		(事業内容) ・主な事業内容を簡潔にご記入ください。 ・A型事業所はその旨ご記入ください。
担当者の氏名、所属及び連絡先 ※1	氏 名	幕張 若葉	所属部 課 総務部人事課
	電 話 番 号	○○-○○○○-○○○○	F A X 番 号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
事業所概要	労働者数	70 名 うち	身体障害者数 1 名
	↑ 申込事業所のみ(障害者を含む労働者数)	↑ 労働者数及び雇用障害者数(週 → 精神障害者数 短時間労働者も その	知的障害者数 4 名 申込事業所のみ(障害者数) 1 名 害別の障害者数 0 名

受講候補者			
※受講候補者欄の「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) チバ ハナコ 千葉 花子	生 年 月 日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 平成
所 属 部 課	財務部資材課	所属する事業所がある都道府県	東京都
障害者の職業生活に関する相談・指導の実務経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 実務経験あり 年		
受講希望理由	受講者希望理由として該当するものにチェックして下さい(1つ)		
(「選任義務がある事業所」とは、5人以上の障害者を雇用している事業所をいいます)	<input type="checkbox"/> (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		
	<input checked="" type="checkbox"/> (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		
	<input type="checkbox"/> (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		
	<input type="checkbox"/> (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		
	<input type="checkbox"/> (5) 選任義務はないが、障害者の相談、指導に必要なため。(障害者が5人未満の事業所)		
	<input type="checkbox"/> (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		
	<input type="checkbox"/> (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	<input type="checkbox"/> 要 ⇒ (要を選択された場合、該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください) <input type="checkbox"/> 資料の拡大 <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす使用) <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす以外) <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他( )		
処理欄 ※記入しないでください。			
受理年月日	年 月 日	受理番号	第 号
通知年月日	年 月 日	通知番号	第 号
備考			

### (記入に際する留意事項)

- ※1には、本受講申込書の内容等について、こちら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、裏面をご覧ください。
- 「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。
- 事業所で受講希望者が複数いる場合は、申込は各回1名までとして下さい。

(注)厚生労働省令で定める資格

- 職業能力開発促進法による職業能力開発総合大学校の長期課程の指導員訓練(福祉工学科に係
- 学校教育法による大学もしくは高等専門学校(旧専門学校を含む)の卒業生又は職業能力開発
- 学校教育法による高等学校(旧中学校令による中等学校を含む)又は中等教育学校の卒業生
- その他の者で、3年以上、障害者である労働者の職業生活に関する相談及び指導の実務経験
- 上記に掲げる者に準ずる者(※)  
(以上「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則」より引用)

※「上記に掲げる者に準ずる者」とは、職場適応援助者養成研修修了者又は「個別的なサポー