

記入例

障害者職業生活相談員  
資格認定講習受講申込書

申込日

令和〇〇年〇月〇日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
〇〇 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）  
の職、氏名の記入をお願いします。

事業所の名称 株式会社〇△□工業  
代表者の職・氏名 代表取締役社長 幕張 太郎

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。

|  |   |                                      |                         |              |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------|--------------|
| 受講希望日  | ご案内、ホームページをご確認いただき、受講を希望する日程、回数をご記入ください。  |                                      | ※複数回開催の場合、受講を希望する回      | 第 1 回        |
| 申込事業所  |   |                                      |                         |              |
| 所在地  | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市  |                                      | (事業内容)<br>〇〇の製造         |              |
| ■受講通知書の送付先となります                              | ・主な事業内容を簡潔にご記入ください。<br>・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 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                    | F A X 番号                | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
|  | E-mail  | abc@def.co.jp                        |                         |              |
| 事業所概要  | 労働者数 70 名 うち  | 身体障害者数 1 名                           | 知的障害者数 4 名              | 発達障害者数 1 名   |
|  | 申込事業所のみ<br>の総労働者数<br>(障害者を含む労働者数)   | 者数及び雇用障害者数<br>未満の短時間労働者も             | 申込事業所のみ<br>の<br>障害別障害者数 | 0 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) チバ ハナコ<br>千葉 花子  | 生 年 月 日                              | 昭和 〇〇年 〇 月 〇 日<br>平成    |              |
| 所 属 部 課                                      | 財務部資材課  | 所属部課が所在する都道府県名<br>(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                     | <input checked="" type="checkbox"/> 初めて ・ <input type="checkbox"/> 実務経験あり 〇 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      |                         | 3 人中 1 番目    |
| 受講希望理由                                       | 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)。   |                                      |                         |              |
| (「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)       | <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  | 複数名お申込みいただく際は、ご記入ください                |                         |              |
|  | <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   |                                      |                         |              |
|  | <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)<br><input type="checkbox"/> 資料の拡大 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記<br><input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 座席の指定(車いす等) <input type="checkbox"/> その他( ) |                                      |                         |              |
| 処理欄 ※記入しないでください。                             |   |                                      |                         |              |
| 受 理 在 り                                      | この欄には記入しないでください   |                                      |                         |              |
| 通 知 在 り                                      |   |                                      |                         |              |
| 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。
- 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。)

(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(福祉工学科に係るものに限る)の修了者又はこれに準じる者として厚生労働大臣が定める者
- 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)の卒業者又は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養成過程の指導員訓練(福祉工学科に係るものを除く)、職業能力開発大学校もしくは職業能力開発短期大学校の専門課程の高度職業訓練もしくは職業能力開発大学校の応用課程の高度職業訓練の修了者もしくはこれらに準じる者として厚生労働大臣が定める者で、その後1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を有する者
- 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者(学校教育法施行規則第150条に規定する者又はこれと同等以上の学力を有すると認められる者を含む)で、その後2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を有する者
- 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を有する者
- 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「個別的なサポートを行う支援者を必要とする障害者」を支援する者に対する研修(国の機関の職員に対する障害者の職場適応援助者養成事業)修了者を指します。