受講申込書
令和２年度　在職者訓練(パソコンスキルアップコース)

申込日	年　月　日　（受講開始日は申込月日により変わります。）			
お名前	ふりがな			
	漢字			
生年月日	年　月　日			
ご住所	〒　－ 県　郡・市　町・区			
ご連絡先	電話　－　－　FAX　－　－ （連絡がとれる番号を記入してください。）			
ｅメールアドレス(必須)	@			
連絡可能な時間帯	○　訓練日程を決める為に連絡させていただきます。 平日・・・ 休日・・・			
勤務先（会社/施設名）				
勤務先所在地				
勤務内容				
障害について （障害名は，診断名を記載してください。）	障害名		等級	
	障害手帳			
	障害手帳取得年月日・番号			
希望するコース番号	選択するコース番号を選択してください。（募集要項 裏面のコース一覧参照） 年度内に１コースのみ受講可能です。			
	□１	□２	□３	□４
希望訓練曜日 （複数の希望可能） ※訓練日程はご相談のうえ 受開始前に全日程(22 時間)を 決定します(後日変更可能)	□（　）曜日（16：30～18：00） ※月曜日～金曜日のいずれか			
	□　土曜日　□祝日　（10：20～12：45）			
	□　土曜日　□祝日　（14：30～17：40）			
	□　土曜日　□祝日　（10：20～16：00）			
パソコンの使用経験	パソコン使用歴	□　未経験　□1 年未満 □　１年～3 年未満　□3 年以上		
	資格・スキル	（お持ちの方はご記入ください。）		

※必要事項をご記入のうえ，郵送または FAX で広島障害者職業能力開発校へ
お申し込みください

・個人情報のため,ＦＡＸ送信の際はご注意ください。送信後は当校に着信確認の電話をお願いします。

送付先

広島障害者職業能力開発校　　在職者訓練担当　宛
〒734-0003 広島市南区宇品東四丁目 1-23
電話：082-254-1766　FAX：082-254-1716