在職者訓練実施依頼書

１　事業所名等　　事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　受講する在職障害者について

身体障害者　　＿＿＿人

知的障害者　　＿＿＿人

精神障害者　　＿＿＿人　　合計　　＿＿＿人

３　希望する訓練内容に〇で囲んでください。

コミュニケーション　　ビジネスマナー　　清掃　　パソコン　　植栽剪定

塗装　　自転車修理　　刈払機安全衛生教育

その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

４　希望する訓練期間、訓練時間帯

訓 練 期 間 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

訓練時間帯：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５　その他

（　　）

【お問い合わせ】
静岡県立あしたか職業訓練校
静岡県沼津市宮本５－２
TEL　０５５－９２４－４３８０
FAX　０５５－９２４－７７５８
Mail　ashitakakun@pref.shizuoka.lg.jp
障害者委託訓練担当（コーチ、コーディネーター）