

障害者委託訓練のご案内

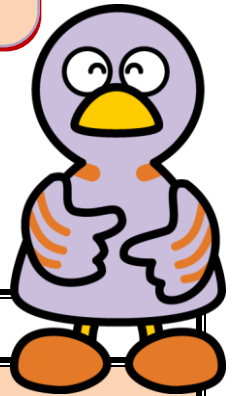
ハロートレーニング —— 急がば学べ ——

平成 30 年度

埼玉県立職業能力開発センター

障害者委託訓練は、障害のある方が仕事をする上で役立つ知識や技能、実践的な作業能力を身につけるための多様な公共職業訓練です。

企業、民間教育機関、社会福祉法人、NPO 法人等に訓練を委託して実施していきます。



【募集期間】 平成 30 年 5 月 14 日(月)から平成 30 年 7 月 10 日(火)

コース番号	2013
訓練コース (訓練科名)	手話で学ぶビジネスコース(7月)さいたま市、毛呂山町 (知識・技能習得コース)
訓練の対象者 (次の要件すべてに あてはまる方)	1 身体障害者手帳を所持している聴覚障害の方 2 手話でコミュニケーションができる方 3 自力で訓練先まで通所ができる方で、就労しようという意欲のある方 4 居住地管轄のハローワークに求職登録を行い、受講の推薦を受けた方
対象障害	聴覚障害者(手話でコミュニケーションができる方)
訓練内容	仕事に活かせるパソコン(Word・Excel・PowerPoint2013)の基礎を習得する。また、教養講座として、日本語、社会、ビジネスマナーなど一般教養を学ぶ。さらに、重複障害者が行う作業などの介護体験の中で、実践的なスキルを習得する。
訓練場所	社会福祉法人埼玉聴覚障害者福祉会 ①埼玉聴覚障害者情報センター 浦和合同庁舎別館 2 階(さいたま市浦和区) ②本部(ななふく苑内)(毛呂山町)
交通手段	①JR 北浦和駅 西口 徒歩 7 分 ②東武 川角駅 徒歩 20 分
定員	10 人
訓練期間	平成 30 年 7 月 24 日(火) から平成 30 年 8 月 23 日(木) (訓練は上記日程内の火曜日、水曜日、木曜日に実施)
訓練月数/日数	1 か月/13 日間 (①7 日間 ②6 日間)
訓練時間	午前 9 時 30 分から午後 4 時 30 分 (初日、最終日のみ午前 9 時から午後 5 時まで)
訓練費等の負担金	教材費 : 2,592 円程度 保険料 : 1,800 円

◎ 受講料は無料ですが、訓練手当、交通費、昼食代等の支給はありません。

◎ 定員に達しない場合など、訓練が中止になる場合がありますので、ご了承ください。

◎ この訓練コースは予定であり、今後内容等が変更になることがありますのでご了承ください。

お問い合わせは・・・

埼玉県立職業能力開発センター

Tel 048(651)3136

FAX 048(651)3114



平成 30 年 5 月 14 日 現在

障害者委託訓練のメリット！

- パソコン技能、事務補助作業、商品管理、清掃など短時間で技能の習得ができます。
- 就職への意識が高まり、社会経験が深まります。また、作業内容に対する相性・適性が分かります。
- 施設等利用者は、退所せずに職業訓練を受講し、段階的に職業能力の向上を図る事ができます。

訓練の受講を希望される方は（応募から訓練開始まで）

1 受講希望書の提出

(1) 提出書類 障害者委託訓練受講希望書 障害者手帳の写し

(2) 提出方法

- 受講希望書の本人記入欄に必要事項を記入してください。
- 住所地を管轄する公共職業安定所（ハローワーク）で受付（必要事項を記入）してもらってください。
- ハローワークで受理された「障害者委託訓練受講希望書」と「障害者手帳の写し」を、募集期間内に埼玉県立職業能力開発センターへ郵送又は持参してください。
 - ◇ 郵送する場合、封筒に「障害者委託訓練受講希望書在中」と記入してください。
 - ◇ 持参する場合の受付時間は、月～金曜日（祝日除く。）の午前8時30分～午後5時15分です。

2 受講の決定

受講希望書はホームページからダウンロードできます
⇒ <http://www.pref.saitama.lg.jp/b0810/syougaisyaitaku.html>

(1) 入校試験

- 募集期間終了後、入校試験の面接日・面接場所等を郵送で通知します。
- 入校試験面接を受けてください。
（この面接を受けない場合は、申込辞退となりますのでご注意ください。）
- 埼玉県立職業能力開発センターから入校試験選考結果を郵送で通知します。

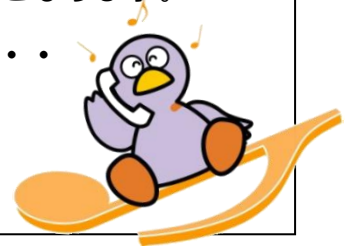
3 入校（訓練開始）

(1) 入校式 訓練開始

- 入校日のあと、オリエンテーション(入校説明)等行い、訓練(講座)開始となります。

不明な点等は、埼玉県立職業能力開発センター 障害者委託訓練担当まで・・・

電話 048-651-3136
FAX 048-651-3114
E-メール m5131229@pref.saitama.lg.jp



埼玉県立職業能力開発センター

〒331-0825

埼玉県さいたま市北区榎引町 2-499-11

電話 048-651-3136 FAX 048-651-3114

<http://www.prefsaitama.lg.jp/soshiki/b0810/index.html>

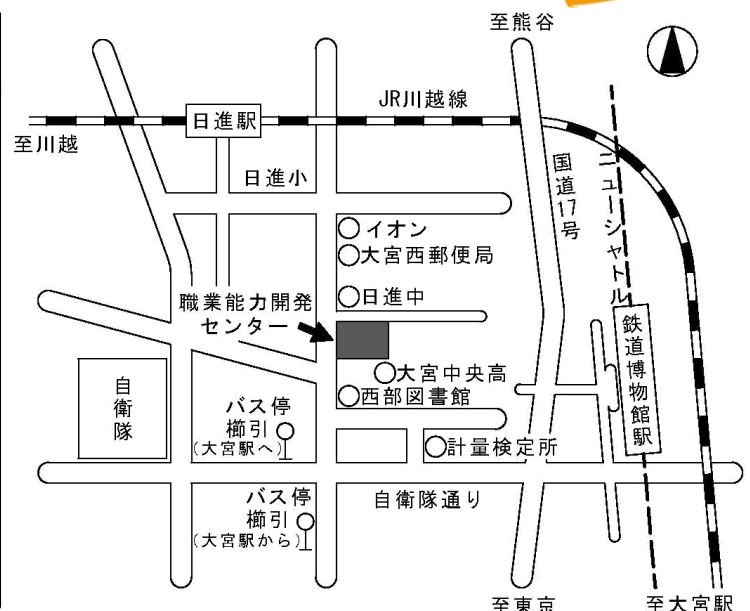
●交通手段

→ バス 大宮駅西口⑥又は⑦乗り場から「三進自動車行き」又は「シティハイツ三橋行き」に乗車
バス停「榎引」下車 徒歩3分

大宮駅西口から7停留所目(約10分)バス停は「榎引南→榎引中央→榎引」と続きますのでご注意ください。

→ ニューシャトル 鉄道博物館駅下車 徒歩15分

→ 川越線 日進駅下車 徒歩18分



障害者委託訓練（ 受講希望書 兼 受講提案書 ）

平成 年 月 日

次のとおり障害者委託訓練の受講を希望します。

該当する□にチェックをお願いします。

写真のり付け

縦4cm×横3cm
最近3か月以内に
撮影したもの

ふりがな								
氏名								
生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
現住所	〒 _____							
<input type="checkbox"/> 自宅	※電話以外で希望する連絡先を記入してください							
<input type="checkbox"/> 施設やホーム	最寄り駅	線	駅	Eメール				
<input type="checkbox"/> その他	電話	()	FAX	()				
障害種別	障害の内容(具体的に記入してください)				所持する障害手帳など			
<input type="checkbox"/> 身体障害					<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (_____ 級)			
<input type="checkbox"/> 知的障害					<input type="checkbox"/> 療育手帳 ((A) A B C)			
<input type="checkbox"/> 精神障害					<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (_____ 級)			
<input type="checkbox"/> 発達障害					<input type="checkbox"/> その他(申請中・精神科医の意見書等)			
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	服薬	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無	職業判定書				
<input type="checkbox"/> その他	障害発生	<input type="checkbox"/> 中途()	<input type="checkbox"/> 先天					
希望する訓練コース	訓練コース名： 手話で学ぶビジネスコース(7月)さいたま市、毛呂山町							
	<input checked="" type="checkbox"/> 知識・技能習得コース <input type="checkbox"/> 実践能力習得コース <input type="checkbox"/> その他 ()							
雇用保険支給番号								
公共職業訓練等の受講歴	<input type="checkbox"/> あり	訓練施設名： 訓練科名： 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
	<input type="checkbox"/> なし							
習得を希望する訓練内容など	習得したい知識、技能、資格など具体的に記入してください。 記入例) パソコン基本操作、介護職員初任者研修、清掃技術、クリーニング技術など							
	訓練に対する希望、配慮してほしいことなど具体的に記入してください。 記入例) 自力での階段の上り下りが不可、長時間の集中がむずかしいため休憩をとってほしい など							
※以下は希望があれば記入してください								
希望する訓練期間	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2か月 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> その他 ()							
希望する訓練日程	<input type="checkbox"/> 週 () 日程度 [休日]							
希望する訓練時間	<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> その他 ()							
希望する通所時間等	<input type="checkbox"/> 通所時間 () 分以内 <input type="checkbox"/> 通所時間はこだわらない [通所方法] <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> その他 ()							

- この障害者委託訓練受講希望書兼提案書は、職業能力開発センターに送付します。また、訓練決定時には、訓練委託先機関にも送付します。
- 応募者の個人情報、他の目的に使用する事はありません。なお、提出された受講希望書兼提案書は合否にかかわらず返却いたしません。

ふりがな			
氏名			
最終学歴	在学期間	校名	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
	年 月 ~ 年 月		
職歴 (福祉施設歴)	在職期間	会社(施設)等の名称	仕事の内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
緊急連絡先	氏名 (本人との関係)		
	電話 ()	FAX ()	
利用している 障害者就労支援センター 又は障害者就業・ 生活支援センター	担当者名		
	電話 ()	FAX ()	注：当該訓練に関することで、センターから就労支援センター等に連絡することがあります。
利用している 障害者支援施設等	支援機関名(福祉施設・特別支援学校・市福祉課・その他) 担当者名		
	電話 ()	FAX ()	
備考	※訓練受託機関に伝えたいこと等がありましたら記入してください。 (聴覚障害者の方で連絡手段として FAX、メールアドレス等利用されている方は番号の記入をお願いします。)		

● 添付書類

身体障害者手帳など所有する手帳の写し

..... 以下の欄は記入しないでください。

公共職業安定所記載欄		職業能力開発センター記載欄	
受付年月日		受 理 日	
求 職 番 号		受 付 番 号	
安定所名 担当者名		特記事項等	
備 考	<input type="checkbox"/> 受講指示 <input type="checkbox"/> 受講推薦 <input type="checkbox"/> その他		