**受　講　申　込　書**

令和３年　　月　　日

**青森県立青森高等技術専門校長**　**殿**

**申込者氏名**印

（自署する場合は押印を省略することができます）

**青森高等技術専門校が実施する訓練（在職者訓練コース：在職障害者のためのＯＡスキルップ講座（八戸会場））を受講したいので、下記のとおり申し込みいたします。**

**記**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふ り が な** |  | **生年月日** | 昭和・平成　　年　　　月　　　日 | | |
| **氏 名** |  | **年　　齢** | 満　　　　　　　歳 | | |
| **性　　別** | 男　　　・　　　女 | | |
| **現 住 所** | 〒  　　電話（自宅） － 　 － 　（携帯） － 　 － | | | |
| **所属事業所名** |  | | | **従業員数　　　　　人** | |
| **事業所住所** | 〒 | | | | |
| **事業所電話** |  | **事 業 所 F A X** | |  | |
| **受 講 動 機** |  | | | | |
| **障害の種類等** |  |  | |  | |
| **訓練に対する希望、**  **配慮してほしい事等** |  |  | |  | |

**※この受講申込書に障害者手帳の写しを添えて、青森高等技術専門校（在職障害者訓練担当）**

**へ郵送してください。**

**※個人情報については、本訓練の実施にかかる目的以外には使用致しません。**

（受講申込書等は、訓練受講の可否に関わらず返却いたしません。）

**問い合わせ・申し込み先**

**〒０３０－０１２２　青森市大字野尻字今田４３－１**

**森県立青森高等技術専門校　在職障害者訓練担当　宛**

TEL　**０１７－７３８－５７２７**