

短期課程（在職者訓練）受講申込書

年 月 日

宮城障害者職業能力開発校長 殿

氏名 _____

次のとおり申込みます。

記

コース名	短期課程 簿記の基本		
訓練科目	OAビジネス科		
(ふりがな) 受講者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢 (才)	
住 所			
連絡先	電話番号： () メールアドレス：		
所属事業所		従業員数 (企業全体の労働者数)	人
職種又は役職		実務年数	年 か月
就業形態	正社員 非正規雇用 その他 ()		
職業訓練歴	無 有 ()		
備考	障害状況	障害名 () 等級 (級)	
	交通手段	☐ 自家用車 ☐ 公共交通機関 ☐ その他 ()	
	配慮希望事項	☐ 手話通訳 ☐ 筆記通訳 ☐ その他 ()	

※本受講申込書の個人情報については、訓練に関する業務以外に使用することはありません。