

《平成22年度 身体障害者等職業訓練 募集要項》

【対象者】

原則として、以下の全ての要件を満たしている方

- ・身体障害者手帳をお持ちの方、または、身体障害者障害程度等級7級の判定を受けている方、または、身体の障害が障害者の雇用の促進等に関する法律別表に掲げる身体障害者に該当しない肝臓病、膠原病等の難病、低身長症等の疾患をお持ちの方
- ・公共職業安定所(以下、「ハローワーク」という。)に求職登録している方
- ・訓練受講及び就職に意欲があり、職業訓練を受講することにより職業的自立が見込まれる方(介助支援がある場合はご相談ください。)
- ・国立職業リハビリテーションセンターに通所可能な方(※国立障害者リハビリテーションセンター(以下、「障リハ」という。)の宿舍等、自宅以外に住居を確保して通所できる方を含みます。)

※上記の要件に該当しない方は、別途ご相談ください。

【入所申請手続き】

- ・ハローワークに入所申請書類(下記1~5)を提出してお申し込みください。
- ・入所申請手続きされた方は、当センターで職業評価を受けていただき、その結果により入所の可否が決定されます。

※なお、障リハの宿舍(障害者自立支援法に基づく施設入所支援)を利用して当センターの職業訓練の受講を希望される方は、当センターの入所申請手続きの前に、別途、障リハ(総合相談課 TEL:04-2995-3100 FAX:04-2992-4525 Eメール:soudan@rehab.go.jp)への利用申請書類の提出と市区町村へ障害福祉サービスの支給を申請する手続きが必要です。

【入所申請書類】

入所申請書類は以下の7枚です。

- 1 入所申請書①~③(3枚).....共通様式①-1~3(本人記入用紙)
- 2 緊急連絡先.....共通様式②(本人記入用紙)
- 3 健康診断書(当センター所定の様式).....共通様式③(医療機関記入用紙)
- 4 ハローワーク相談票.....共通様式④(ハローワーク記入用紙)
- 5 宛名シート.....共通様式⑤(本人記入用紙)

【募集日程】

回	職リハへの応募締切日	職業評価期間	職リハ入所日
第1回	平成22年 4月 8日(木)	4月15日(木)~4月22日(木)	5月24日(月)
第2回	平成22年 5月 6日(木)	5月13日(木)~5月20日(木)	6月 9日(水)
第3回	平成22年 7月 7日(水)	7月15日(木)~7月23日(金)	8月19日(木)
第4回	平成22年 8月12日(木)	8月20日(金)~8月27日(金)	9月27日(月)
第5回	平成22年 9月 8日(水)	9月14日(火)~9月22日(水)	10月25日(月)
第6回	平成22年11月26日(金)	12月 6日(月)~12月13日(月)	1月 6日(木)
第7回	平成23年 1月31日(月)	2月 9日(水)~2月17日(木)	3月14日(月)
第8回	平成23年 2月22日(火)	3月 4日(金)~3月11日(金)	4月 7日(木)

※応募締切日はハローワークから職リハへの書類必着日です。早めにハローワークにご提出ください。

※職業評価期間は概ね6日間ですが、人によって終了日は異なります。

※平成23年3月学校卒業予定者で、自宅等から通所を希望する方は、第5回の評価から応募の受付を行います。

<問い合わせ先>

国立職業リハビリテーションセンター 職業評価課

TEL:04(2995)1201 FAX:04(2995)1277

《平成22年度 記憶障害・失語症等（高次脳機能障害）のある方の職業訓練 募集要項》

【対象者】

原則として、以下の全ての要件を満たしている方

- ・ 脳外傷、脳血管障害等により生じた記憶、思考、理解、言語、判断等の機能障害を有すると診断を受けた方
- ・ 公共職業安定所（以下、「ハローワーク」という。）に求職登録している方
- ・ 訓練受講及び就職に意欲があり、職業訓練を受講することにより職業的自立が見込まれる方
- ・ 国立職業リハビリテーションセンターに通所可能な方（※国立障害者リハビリテーションセンター（以下、「障リハ」という。）の宿舎等、自宅以外に住居を確保できる方を含まず。）

※上記の要件に該当しない方は、別途ご相談ください。

【訓練系】

- ・ 次の4訓練系があります。○メカトロ系、○デザイン系、○ビジネス情報系、○職域開発系
- ・ 入所後、導入訓練（障害特性の把握、補完行動・補完手段の獲得、適切な訓練コースの探索等）を行い、本人の希望や適性を見て、その後の訓練コースを決定します。

【入所申請手続き】

- ・ ハローワークに入所申請書類（下記1～5）を提出してお申し込みください。
- ・ 入所申請手続きされた方は、当センターで職業評価を受けていただき、その結果により入所の可否が決定されます。

※なお、障リハの宿舎（障害者自立支援法に基づく施設入所支援）を利用して当センターの職業訓練の受講を希望される方は、当センターの入所申請手続きの前に、別途、障リハへ（総合相談課 TEL:04-2995-3100 FAX:04-2992-4525 Eメール:soudan@rehab.go.jp）の利用申請書類の提出と市区町村へ障害福祉サービスの支給を申請する手続きが必要です。

【入所申請書類】

入所申請書類は以下の7枚です。

- 1 入所申請書①～③（3枚）……………共通様式①-1～3（本人記入用紙）
- 2 緊急連絡先……………共通様式②（本人記入用紙）
- 3 健康診断書（当センター所定の様式）……………共通様式③（医療機関記入用紙）
- 4 ハローワーク相談票……………共通様式④（ハローワーク記入用紙）
- 5 宛名シート……………共通様式⑤（本人記入用紙）

【募集日程】

回	職リハへの応募締切日	職業評価期間	職リハ入所日
第1回	平成22年 5月 6日（木）	5月13日（木）～ 5月20日（木）	6月 9日（水）
第2回	平成22年 8月12日（木）	8月20日（金）～ 8月27日（金）	9月27日（月）
第3回	平成22年11月26日（金）	12月 6日（月）～12月13日（月）	1月 6日（木）
第4回	平成23年 2月22日（火）	3月 4日（金）～ 3月11日（金）	4月 7日（木）

※応募締切日はハローワークから職リハへの書類必着日です。早めにハローワークにご提出ください。

※職業評価期間は概ね6日間ですが、人によって終了日は異なります。

<問い合わせ先>

国立職業リハビリテーションセンター 職業評価課

TEL：04（2995）1201 FAX：04（2995）1277

入 所 申 請 書 ①

平成 年 月 日

国立職業リハビリテーションセンター所長 殿

写 真
25mm×30mm

私は、このたびセンターに入所を申請いたします。

裏面に名前を
記入してくだ
さい。

フリガナ		性別	利き手
氏名		男・女	右・左
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 - 電話 () -		
	※障害者リハビリテーションセンターに入所中あるいは入所予定の方は、障りハ宿舍の棟、室番号、入所日をお書きください。 棟 号室 (月 日 入所)		
通所手段	a. 国立障害者リハビリテーションセンター宿舎 b. 電車・バス (最寄駅・バス停 線 駅・停留所) c. その他 () ※職業リハビリテーションセンターまでの所要時間 (時間 分)		
障害名・病名 (手帳の記載内容)	(級・度)		
障害者手帳等	a. 身体障害者手帳 b. 療育手帳 c. 公的機関の判定書 d. 精神障害者保健福祉手帳 e. 主治医の意見書 f. その他 () ※手帳取得日 (昭和・平成 年 月 日)		
受障原因	a. 先天性 b. 疾病 c. 交通災害 d. 産業災害 e. その他 () ※受障年月日【昭和・平成 年 月 日 (歳時)】		
応募枠	a. 身体障害 b. 高次脳機能障害 c. 精神障害 d. 発達障害 e. 知的障害		
応募回 (身体障害・高次脳機能障害で応募される方のみご記入ください)	身体障害 ①第1回 ②第2回 ③第3回 ④第4回 ⑤第5回 ⑥第6回 ⑦第7回 ⑧第8回	高次脳機能障害 ①第1回 ②第2回 ③第3回 ④第4回	
	※日程については、募集要項をご参照ください。希望される回に○印を付けてください。		
希望する職業訓練	科 コース ※精神障害、発達障害、高次脳機能障害、知的障害の方は、入所後、導入訓練の結果に基づいて最終的な訓練コースを決定します。ここには、現時点の希望コースをご記入ください。		
職業訓練を希望する理由			
就職についての希望 (職種等)			
併 願	有・無	※「有」の場合は併願先をご記入ください。 a. 就職 b. 職業訓練 c. その他 ()	

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(記入者氏名: 代筆の場合は本人との関係:)

個人情報のお取り扱いについて

当センターの職業評価の際にお伺いするあなたの個人情報は、以下のとおり取り扱います。

1. 個人情報に関する当センターの基本的姿勢	当センターは、独立行政法人等個人情報保護法及び当機構の定める「個人情報の取扱いに関する規程」「情報セキュリティポリシー」「個人情報保護法開示請求等の事務処理要領」に従い、利用者の個人情報を適正に取扱い、その権利利益を保護します。
2. 当センターが職業評価の際、保有する個人情報	① 当センターは、あなたの属性や障害状況、職業評価結果等の個人情報を有しています。 ② ①の情報は当センターのデータベース及び文書ファイルに綴り管理しています。
3. 個人情報の利用目的	あなたの個人情報は、職業能力等の評価及び入所決定する際の検討資料として利用します。また、評価対象者の統計資料の作成に利用します。入所可となった場合には、訓練を効果的に進めるために活用します。
4. 個人情報の第三者への提供	あなたの個人情報は第三者へは提供しません。
5. 苦情の申立先、開示・訂正・利用停止の請求（開示請求等）の受付	① 個人情報の保護管理者：国立職業リハビリテーションセンター所長 ② 苦情・相談窓口、開示請求等受付窓口：高齢・障害者雇用支援機構 個人情報保護窓口（総務部 情報公開課） 電話 03-5400-1887 FAX 03-5400-1638 ③ 開示請求等は、当機構所定の様式をお使いください。

※ 当センターの「個人情報の取扱いに関する規程」は、<http://www.jeed.or.jp/index.html>をご参照ください。

入 所 申 請 書 ②

平成 年 月 日

氏 名	
-----	--

<学歴／職業訓練受講歴> ※最終学歴・最終受講歴からご記入ください。

在 学 期 間	学 校 名 ・ 訓 練 校 名	学 科 ・ 科 目	出 席 状 況	区 分
年 月～ 年 月			欠席なし 欠席あり(年間 日)	在学・中退・卒業
年 月～ 年 月			欠席なし 欠席あり(年間 日)	在学・中退・卒業
年 月～ 年 月			欠席なし 欠席あり(年間 日)	在学・中退・卒業
年 月～ 年 月			欠席なし 欠席あり(年間 日)	在学・中退・卒業
年 月～ 年 月			欠席なし 欠席あり(年間 日)	在学・中退・卒業

<職歴> ※最終職歴からご記入ください。

在 職 期 間	事 業 所 名	仕 事 の 内 容	離 職 理 由
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

<治療歴・施設利用歴> ※最終治療歴・最終施設利用歴からご記入ください。
※障害者リハビリテーションセンター入所もしくは入所予定の方は1行目にご記入ください。

治 療 ・ 在 籍 期 間	病 院 ・ 施 設 名	治 療 ・ 作 業 の 内 容	入 院 (所) ・ 通 院 (所) 別
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(記入者氏名: 代筆の場合は本人との関係:)

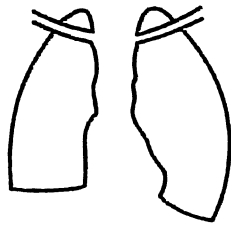
緊 急 連 絡 先

国立職業リハビリテーションセンター
職業指導部職業評価課

- ※ 評価中、緊急(体調不良等)に連絡を取らなければならない事態に対応するために、日中連絡の取れる連絡先を複数お書きください。
- ※ ご本人が携帯電話をお持ちの場合は、その番号及びメールアドレスもお書きください。
- ※ 連絡先が会社の場合は、「会社名」もご記入ください。併せて、「職業リハビリテーションセンター(以下、「職リハ」)」の名前を出すことの可否もご記入ください。
- ※ 入所可となった場合は、引き続き、この緊急連絡先を使用します。入所否となった場合は、責任を持って処分いたします。

本 人	氏 名		
	携帯電話	携帯番号： () -	
日 中 の 緊 急 連 絡 先	氏 名		(本人との関係)
	連 絡 先		「職リハ」と名乗っても (可 ・ 不可)
	氏 名		(本人との関係)
	連 絡 先		「職リハ」と名乗っても (可 ・ 不可)

健康診断書

氏名				男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生(歳)		
障害名・病名											
身長	cm		体重	kg		握力	右	kg	・	左	kg
血圧	最高	mmHg		最低	mmHg		尿検査	蛋白:	糖:		
視力	右	裸眼	矯正	視野	※視覚に障害のある方のみご記入下さい		眼疾	聴力	正常	特記事項有り(下記記入)	
	左	裸眼	矯正	色覚					※視覚に障害のある方のみご記入下さい		右
補装具等(有・無)	使用している場合、種類				X線(異常有・無)	所見()					
	義足 義手 杖(形状:) 車いす(手動 電動) 下肢装具(長 短 その他:) 補聴器(右 左 両方) 白杖 その他()					平成 年 月 日撮影  最近(6か月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による。					
てんかん(有・無)	※有の場合				その他(有・無)	職リハセンター入所後、通院加療を必要とする疾患、職業訓練に配慮を要する疾患等(精神疾患、高次脳機能障害、生活習慣病、褥瘡等)					
	①発作の型() ②発作の頻度(回/年) ③直近の発作(年 月 日) ④服薬()					※有の場合 疾患等() 服薬()					
医療歴	病名		期間		病院・施設名		内容				
			年 月 ~ 年 月								
			年 月 ~ 年 月								
			年 月 ~ 年 月								

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

(電話)

医師名

印

「評価日程」「結果の通知」の送付用に使います。(一部は予備用)

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所

氏名

様

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所

氏名

様

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所

氏名

様