

〒 -
 住 所
 事業所・学校名
 代表者の職・氏名
 電話番号



令和2年度奈良市障害者庁内職場体験実習申込書

令和2年度奈良市障害者庁内職場体験実習について、次のとおり申し込みます。

実 習 希 望 者				
氏名(フリガナ)	()			
生年月日		年 齢		歳
住 所				
連 絡 先		緊急連絡先 (本人との続柄)	()	
障害種別 (☑及び○を記入)	<input type="checkbox"/> 身体障害 () <input type="checkbox"/> 知的障害 () <input type="checkbox"/> 精神障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 () <input type="checkbox"/> その 他 ()			
実習応募理由				
就労経験の有無	有 ・ 無	<具体的な仕事内容>	今年度県庁職場 実習の参加の 有無	有 ・ 無
希望実習期間 (☑及び○を記入)	時期について	<input type="checkbox"/> 月～ 月の間希望 <input type="checkbox"/> 受入課の設定する日程であればいつでも可		
	曜日について	<input type="checkbox"/> 特定の曜日のみ従事可能 (月・火・水・木・金) <input type="checkbox"/> 何曜日でも従事可能 (土日祝を除く)		
	時間について	<input type="checkbox"/> フルタイムでの従事は困難 (時間程度) <input type="checkbox"/> フルタイムで従事可能 (原則8時30分～17時15分)		
実習したい 業務内容 (希望業務は番号 でご記入ください)	第1希望		理由	
	第2希望			
	第3希望			
通勤経路 及び 所要時間				
単独通勤の可否	可 ・ 否	事業所・学校名 担当者名・連絡先		

実習者アセスメント表			
事業所・学校名			通所・通学歴
			年 月
【本人のスキル】 (該当する項目を選んで <input type="checkbox"/> を入れて下さい)	パソコンの経験	<input type="checkbox"/> エクセルやワードで簡単な表作成や文字入力が可能 <input type="checkbox"/> 決まった項目を決まったところに繰り返し入力可能 <input type="checkbox"/> パソコンを使ったウェブ検索が可能 <input type="checkbox"/> パソコンの使用経験はない	
	コミュニケーション面	<input type="checkbox"/> 言葉でのコミュニケーションが可能 <input type="checkbox"/> コミュニケーション可能だが時々聞き取りづらい時がある <input type="checkbox"/> 手話・口話・筆談が必要 <input type="checkbox"/> 特別な配慮が必要 (下記にご記入ください)	
	作業面	<input type="checkbox"/> 集中力があり、長時間の作業が可能 <input type="checkbox"/> 集中力はあるが、一定時間の休憩が必要 <input type="checkbox"/> 長時間は集中しにくい <input type="checkbox"/> 特別な配慮が必要 (下記にご記入ください)	
	体力面	<input type="checkbox"/> 重いものでも問題なく運べる <input type="checkbox"/> 1時間以上の立ち仕事が可能 <input type="checkbox"/> 座り仕事のみが望ましい <input type="checkbox"/> 特別な配慮が必要 (下記にご記入ください)	
その他配慮が必要な 事項 (例：服薬・トイレ休憩)			
傷害保険加入の有無	有 ・ 無	実習者本人による 意思確認自筆欄	
代筆欄 (本人が記入不可の場合のみ)			本人との 続柄