令和年月日

奈良市役所産業政策課　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒**-**

 住　　所

 　事業所・学校名

 　　代表者の職・氏名

 　 電話番号

奈良市障害者庁内業務集約型実習申込書

　奈良市障害者庁内業務集約型実習について、次のとおり申し込みます。

|  |
| --- |
| 実 習 希 望 者 |
| 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) | 　　（　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　 | 年　齢 | 　　　歳 |
| 住所(町名まで) |  |
| 連 絡 先 |  | 緊急連絡先(本人との続柄) | （　　　） |
| 面　　談 | [ ] 書類選考後の面談に出席可能（１１月４日（火））※面談では、実習にあたっての質問や、スキルチェックを予定しています。※実習参加にあたり面談は必須となります。 |
| 障害種別（レ及び（）内を記入） | [ ] 身体障害（例　「視覚障害」、「聴覚・平衡機能障害」、「肢体不自由」など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 知的障害（　例　　「軽度」「中度」「重度」「最重度」など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 精神障害（　例　統合失調症、気分障害（躁うつ病、うつ病、躁病）、神経症・ストレス関連障害、認知症、パーソナリティ障害など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 発達障害（例　　ADHDや学習障害、自閉症スペクトラム障害（アスペルガー症候群、自閉症など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 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予定の有無 | 有　・　無 |
| 希望実習日（レ及び（）内を記入） | 希望日について | 月日～月日を希望※１１月２５日（火）～１１月２８日（金）のうち、希望する３～４日間を記入してください。 |
| 時間について | [ ] フルタイムでの従事は困難（時間程度）[ ] フルタイムで従事可能（原則９時～１６時） |
| 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 | 年ヶ月 |
| 【本人のスキル】（該当する項目を選んでレを入れて下さい） | パソコンの経験 | [ ]  エクセルやワードで簡単な表作成や文字入力が可能[ ]  決まった項目を決まったところに繰り返し入力可能[ ]  パソコンを使ったウェブ検索が可能[ ]  パソコンの使用経験はない |
| コミュニケーション面 | [ ]  言葉でのコミュニケーションが可能[ ]  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[ ]  手話・口話・筆談が必要[ ]  特別な配慮が必要（下記にご記入ください） |
| 作業面 | [ ]  集中力があり、長時間の作業が可能[ ]  集中力はあるが、一定時間の休憩が必要[ ]  長時間は集中しにくい[ ]  特別な配慮が必要（下記にご記入ください） |
| 体力面 | [ ]  重いものでも問題なく運べる[ ]  １時間以上の立ち仕事が可能[ ]  座り仕事のみが望ましい[ ]  特別な配慮が必要（下記にご記入ください） |
| 障がいの特徴や配慮事項（例：服薬・トイレ休憩） | 　業務を安定して遂行するために必要な配慮などを記載してください。 |
| メディアによる取材の可否（コメント協力・後ろ姿等実習風景の撮影） | 当市では本実習を広く周知することにより、市庁舎内はもとより社会全体の障がい者雇用に対する理解を深めることを目指します。つきましては、取材へのご協力をお願いいたします。※お名前や顔写真の公開はありません。 |
| 　　　　可　　　　・　　　　否　　　　（どちらかに〇を記入） |
| 傷害保険加入の有無 | 有　・　無 | 実習生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 |  |