

### 障害者委託訓練エントリーシート

貴社名				
事業業種	資本金・出資の総額	円	常時雇用する労働者の人数	人
住所				
代表者様	役職名		氏名	
担当者様	部署名		職・氏名	
ご連絡先	電話番号	- -	FAX番号	- -
	E-Mail	@		
URL(ホームページ)	<a href="http://">http://</a>			

訓練コース	実践能力習得訓練科				
※ 訓練内容	【受託可能と思われる訓練内容を、できるだけ具体的にご記入ください】				
※ 習得を目指す技能、資格等					
1日の訓練時間帯	時 分 ~	時 分	(1日 分 うち休憩時間 分)		
訓練休日	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 その他 ( )				
※ 訓練実施場所	名称				
	所在地				
	施設状況	訓練の場所	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階	その他 ( 階 )	
		車イスでの移動	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	(状況: )	
		エレベータの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		階段の手すりの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		障害者対応便所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(車イス使用: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
		駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) (洋式 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
公共交通機関	① 近鉄 線	駅	バス停	徒歩 分	
	② JR 線	駅	バス停	徒歩 分	
障害者の雇用状況					
※ 対象障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者				
	<input type="checkbox"/> 発達障害者等				
			受入可能人数	人	
				人	
				人	
				人	
※ 障害者求人状況	<input type="checkbox"/> 求人募集中 <input type="checkbox"/> 現在は募集していないが、検討中 <input type="checkbox"/> その他( )				

※欄の記載については任意