

令和4年度 有馬温泉ゆけむりインターンシップ SCHOOL 参加申込書

令和 年 月 日記入  
 ※必ず自分でご記入ください

あなたの名前と連絡先を教えてください					あなたの写真を貼ってください
氏名					
住所		〒			
電話番号		生年月日	年 月	日	生まれ
携帯電話		年齢	歳	男・女	
あなたの通っている施設・事業所について書いてください					
施設・事業所名					
住所 〒		電話番号			
		FAX 番号			
あなたのことについて教えてください					
1.今までに就職をしたことがありますか		①ない ②ある ( )			
2.今までに実習(会社等で)したことがありますか		①ない ②ある ( )			
3.あなたの得意なことは、どんなことですか(資格等あればご記入ください)					
4.あなたの苦手なことは、どんなことですか					
あなたが取り組みたい仕事内容に○をつけてください(複数回答可) ※あくまで希望です。受入企業との打合せで詳細は決定します。					
■ 旅館の仕事体験			■ その他の仕事体験		
清掃	客室	調理場	炭酸煎餅製造	リネン工場	
フロント	その他		その他		
■ 職場体験を通して実現したいことや意気込みを自由にご記入ください					

■ 有馬温泉障害者インターンシップ事業の実習について

下記カレンダーで、実習が可能な日に○印をご記入ください。

(受入企業との日程調整を行いますので、実習が可能な日にはすべて○印を記入。)

令和5年2月カレンダー

参加申込者氏名：

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
		1	2	3	4	5
		開講式				
6	7	8	9	10	11(祝日)	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23(祝日)	24	25	26
27	28					

※ 実習日程や実習先は、受入先と調整し決定しますのでご希望に添えない場合がございます。

# 研修生推薦書・プロフィール

1/2

令和 年 月 日記入

(施設・事業所用)

フリガナ		年 月 日生	男	写 真
氏名		( ) 歳	女	
住所	〒			
障害程度	療育手帳 A ・ B 1 ・ B 2 (障害名 知的 ) 身体障害者手帳 種 級 (障害名 ) 精神障害者保健福祉手帳 級 (障害名 )			
出身校	学校 中学校 特別支援学校 (養護学校)			
最寄駅までの最短経路	自宅から最寄駅 (電車) まで、 徒歩 ・ 自転車 ・ バス (停留所名 ) 自宅⇒ 駅 所要時間 分			
健康状態	通院状況	有 ・ 無 ( 週 ・ 月 ・ 年 回 )		
	服薬状況	有 ・ 無 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 ・ )		
傷害保険	有 ・ 無	(保険会社 )		
日常生活における留意事項・健康状態などについて				
適している職種・作業内容				
他者とのコミュニケーション				
特記事項 (本人が働きやすい環境を作るにはどんなことに配慮が必要か、などを具体的に記入)				
施設・事業所で従事している業務内容について(どのような役割を担っているか等、具体的にお書きください)				

## 研修生推薦書・プロフィール

2/2

研修生氏名：

(施設・事業所用)

実習経験	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
就労実績	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
	有・無	(企業名等)	(業務内容)	(期間)	年 月 ～ 年 月
退職理由					
研修生として 推薦する理由、 インターンシップ 期間の支援体制に ついて具体的に ご記入ください。					
求職登録先	※求職登録している場合のみお答え下さい ハローワーク (       ) 担当者 (       )       年 月に登録				

■ 連絡先 ※ 実習先からの緊急連絡先となりますので、必ず漏れなくご記入ください。

事業所名		TEL	
事業所住所		FAX	
		Mail	
担当者名		担当者携帯	