

平成30年度 普通課程職業訓練生募集要項

【知的障害のある方対象】

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター

1. 募集対象者

- (1) 知的障害者（療育手帳を交付されている方、又は判定機関から知的障害であると判定を受けている方）であって、次の（2）及び（3）の要件をいずれも満たしている方
- (2) 就職意欲があり、職業訓練を受講することに熱意を有する方
- (3) 基本的労働習慣が概ね確立しており、職業訓練を受講することにより、職業的自立が可能であると認められる方

※上記（1）の要件に該当しない方及び重複障害のある方は事前にお問い合わせください。

2. 募集訓練コース・訓練期間

訓練系	訓練コース	訓練期間
職域開発系	・事務・販売・物流ワークコース ・厨房・生活支援サービスワークコース	1年

※入所後の導入訓練を経て、訓練コースを決定します。

3. 募集人員・募集期間（入所申請書受付期間）・入所日

- (1) 募集人員は年間10名程度です。
- (2) 募集期間及び入所日は次のとおりです。

【一般の方（新規学校卒業予定者以外の方）】

募集期間（入所申請書受付期間）	入所日
平成30年 6月 1日～平成30年 6月 30日	平成30年 10月 2日
平成30年 9月 1日～平成30年 9月 30日	平成31年 4月 4日

【平成31年3月新規学校卒業予定者の方】

募集期間（入所申請書受付期間）	入所日
平成30年 8月 1日～平成30年 9月 30日	平成31年 4月 4日

※受付期間について、募集期間の末日が休日の場合はその翌日までとなります。

4. 入所申請の手続き

入所申請の手続きはハローワーク（公共職業安定所）で行います。

- (1) 入所を希望される方は、居住地を管轄するハローワーク（新規学校卒業予定者は学校の所在地を管轄するハローワーク）に次の書類を提出してください。
  - ① 入所申請書（様式1-2）
  - ② 健康診断書（様式2）
  - ③ 学業成績証明書（新規学校卒業予定の方で、学校所定の様式に出席状況を含めたもの）
  - ④ 療育手帳（写）又は判定機関が知的障害であると判定した判定書（写）
- (2) 地域障害者職業センター（以下「職業センター」という。）で職業相談、作業能力、社会生活能力等の評価を受けてください。なお、職業センターの評価は予約制になっており、予約日まで2週間以上、結果のとりまとめまで1カ月程度の日数が必要となる場合がありますので、ハローワークには早めにご相談ください。
- (3) ハローワークは、職業相談の結果、職業訓練の受講が適当と認められた方について、提出のあった上記（1）の書類に以下の書類を添えて当センターに送付します。
  - ① 入所希望者調査書（様式4-2）
  - ② 求職登録票（写）、相談記録票（写）等の相談経過がわかるもの
  - ③ 職業センターの評価結果等（障害者台帳、障害者支援経過、知的障害者社会生活能力調査票、その他実施した検査結果等の写し）
  - ④ 主治医の意見書（写）又は医師の診断書（写）※必要に応じ添付

5. センターへの入所

- (1) 入所選考の方法

身体障害のある方対象

知的障害のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

レベルアップ訓練

① 第1次選考

原則として応募書類（上記4の書類）により第2次選考を実施する方を選考します。

② 第2次選考

第1次選考に合格した方に対して、当センターにおいて面接、学力テスト、作業評価を実施し、入所者を決定します。なお、ご本人との面接に加え、ご家族または支援者との面談を別途行います。また、入寮を希望される方は寮生活の体験、通所バスの利用を希望される方はバスの利用体験を含みます（ご家族等は寮・通所バスの利用はできません）。

(2) 選考結果の通知等（予定）

ハローワークを通じて次のとおり通知します

募集締切日区分	第1次選考結果の通知	第2次選考実施予定日	第2次選考結果の通知
6月30日	平成30年7月下旬	平成30年8月20日～23日のうちの連続する2日間	平成30年9月上旬
9月30日	平成30年10月下旬	平成30年11月21日～30日のうちの連続する2日間	平成30年12月中旬

※ 第2次選考の実施日は第1次選考の合格者に対し個別にお伝えします。

6. 受講料等

- 職業訓練の受講料は無料です。
- 作業服、テキスト、教材費は実費負担となります。
- 職業訓練生総合保険に加入できます（保険料は1年間8,000円程度）。

7. 通所バス・寮の利用

- 訓練期間中、JR岡山駅から当センターまで通所用の送迎バス（無料）を運行しています。
- 入寮を希望される方で、一定の要件を満たす方は当センターの寮が利用できます。
  - ・寮費として、月額4,500円を月々徴収します。
  - ・食費は、朝食309円、昼食463円、夕食463円となります（平成30年3月末の価格で、変更になる場合があります）。

8. 個人情報の取扱いについて

- 入所申請に当たり提出された書類は返却いたしませんので、御了承ください。
- 個人情報は厳正に取り扱い、目的以外には使用いたしません。

《お問い合わせは》

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター

職業評価指導部職業評価課

〒716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川7520

TEL 0866-56-9001 FAX 0866-56-7636

# 入 所 申 請 書

平成 年 月 日

国立吉備高原職業リハビリテーションセンター 所長 殿

本人氏名 印

(申請者が未成年の場合)

保護者氏名 印

本人との関係

住所(本人と異なる場合に記入) TEL( ) -

このたび貴センターに入所したいので別紙関係書類を添えて申請します。

・写真貼付

・提出前3か月以内に  
撮影したもの  
(全身・正面・脱帽)

・全身の状態がわかるもので  
大きさは目安で可

フリガナ			
氏名			男 女
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	
現住所	〒 TEL( ) -		
連絡先	〒 TEL( ) -		

※連絡先は、現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入すること。

1. 希望する訓練コース	第一希望	コース・第二希望	コース
2. 入所を希望する理由			
3. 希望する利用方法 (いずれかに○)	a.寮を利用 b.通所バス(岡山駅発)を利用 c.自家用車を利用 d.その他	理由	
4. 修了後の希望	就職の希望地(都道府県又は市町村名) 第一希望 第二希望		

学 歴 等	在学期間	校名	学部学科	いずれかに○
	年 月～ 年 月			卒業 中退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒業 中退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒業 中退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒業 中退 卒業見込
	年 月～ 年 月			卒業 中退 卒業見込

※各種学校・職業能力開発校等も記入してください。

職 歴	期 間	会社・事業所名	職種(具体的に)	所在地(市町村名)
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			

※最近のものから順次記入してください。

治 療 歴 ・ 施 設 等 利 用 歴	期 間	病院・施設名	治療・作業内容等	入院(所)・通院(所)の別
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			

※最終治療歴・最終施設等利用歴からご記入ください。

免許・資格等 (取得年月)	
------------------	--

吉備職リハセンター を何(どこ)で知りま したか？	1 学校 2 職業能力開発校 3 公共職業安定所 4 障害者職業センター 5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ 9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 オープンキャンパス参加 有・無(いずれかを○でかこむ) 12 その他( )
---------------------------------	---

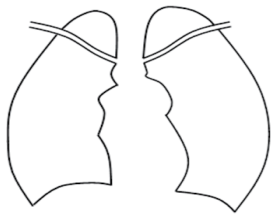
上記は **自筆です** **代筆です** (いずれかを○でかこむ)

(注) なるべく自分で記入してください。

(裏面)

(様式2)

# 健康診断書

フリガナ		生年月日		昭和 年 月 日 ( 歳)	
氏名	男 女		平成		
障害名 病名					
身長	cm	体重	kg	握力	右 kg 左 kg
聴力	正常		特記事項有り (下記記入)		右 db 左 db
※聴覚に障害のない方は 正常を○で囲んでください					
視力	右 ( ) 左 ( )	視野	※視覚に障害のある方のみ記入		眼疾
※視覚に障害のある方のみ記入					
脊柱形態	脊損レベル	四肢害 運動形	血圧	※必須	尿検査 蛋白 糖 ウロビリ ノーゲン
※必須		※必須			
服薬の内容	名称、1回の処方量及び錠数、服薬回数			発作の有無 てんかん	
mg ( 錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)					
mg ( 錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)					
mg ( 錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)					
mg ( 錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)					
mg ( 錠) 回/日(朝・昼・夜・就寝前)					
当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患、アレルギー等配慮を要する疾患について					
排尿排便機能について			体温調節で留意する事項		
所見	現症 1. 呼吸器 2. 循環器 3. 消化器 4. 神経系 5. 皮膚泌尿器		最近(3か月以内)の胸部X線(直接又は関節)写真による胸部所見 (※必須)		
				(平成 年 月 日撮影)	
上記のとおり診断する。					
平成 年 月 日		医療機関名		住所	
		医師名		印	

※ かかりつけ医がある方は、可能な限りその病院で健診をお受けください。かかりつけの医療機関で必須項目の健診を行えない場合や、かかりつけ医がない方は、健康診断を実施している医療機関で一般的な健診を受けてください。  
※ この健康診断書の記入欄のみでは記載が難しい場合は、任意様式を追加していただいてもかまいません。  
※ 「※必須」と記載していない項目のうち、ご本人の障害に関係しない項目については、記入の必要はありません。

(様式4-2)

# 入所希望者調査書

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
氏名	男 女		平成	(		歳)
希望する訓練コースに係る就職希望地の労働市場の状況	1. 第一希望について					
[本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内での労働市場について]	2. 第二希望について					
関係機関の意見、家族の協力体制について						
公共職業安定所の総合所見						
[訓練修了時でのあつ旋見通しについて具体的に記入願います]						
調査内容は上記のとおりです。						
平成 年 月 日						
公共職業安定所長 印						
担当部署	職名	[ TEL 部門コード ]				
担当者氏名		[ ]				