

平成30年度 普通課程職業訓練生募集要項

【 発達障害のある方対象 】

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) ハローワーク(公共職業安定所)において発達障害者として求職登録をしている方で次の(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) 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。  
 ※原則として、療育手帳の交付を受けている方は知的障害のある方を対象とする訓練コースにご応募ください。ただし、知的障害を伴わない発達障害のある方で、都道府県の運用によって療育手帳の交付を受けている方は、別途ご相談ください。

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	・オフィスワークコース ・物流・組立ワークコース ・サービスワークコース	1年

※メカトロ系又はビジネス情報系の訓練コースへの移行を希望する場合は、入所後の導入訓練において、そらを含めて検討のうえ訓練コースを決定します。  
 但し、ビジネス情報系のシステム設計・管理コース及びITビジネスコースについては、8月及び12月入所の方は移行できません。  
 なお、入所申請書の「希望コース」欄に職域開発系の訓練コースが記入されていない場合は職域開発系の入所申請として受理できません。

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15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	3月	1日～平成30年	平成30年
		4月30日	8月28日
平成30年	7月	1日～平成30年	平成30年
		9月15日	12月4日
平成30年	11月	1日～平成30年	平成31年
		12月14日	4月11日

【平成31年3月新規学校卒業予定の方】

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	平成31年
		9月15日	4月11日
平成30年	11月	1日～平成30年	平成31年
		12月14日	4月・8月

※募集期間11月～12月応募された方の入所日は、入所決定者数等により4月又は8月入所に分かれます。

※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 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方はその写し
  - ⑤ (任意提出) 障害の状況に応じたより適切な支援を検討するため、申請者の発達障害についての書類(例えば、利用された医療機関や発達障害者支援センター等の機関が作成したもの)をお持ちの方は、その写し(コピー)をご提出ください。なお、提出は任意です。
- (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、厚生労働省編一般職業適性検査、学力テスト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もありますので、ハローワークには早めにご相談ください。

身体障害のある方等対象

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

(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、適性検査結果記録表、学力テスト結果(解答用紙含む)、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)

## 5. 当センターへの入所

### (1) 入所選考の方法

#### 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及び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により通知します

#### 【一般の方(新規学校卒業予定者以外の方)】

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
4月30日	平成30年5月中旬	平成30年5月28日～6月5日のうち連続する2日間	平成30年6月下旬
9月15日	平成30年10月上旬	平成30年10月25日～11月2日のうち連続する2日間	平成30年11月中旬
12月14日	平成30年12月下旬	平成31年1月28日～2月5日のうち連続する2日間	平成31年2月下旬

#### 【平成31年3月新規学校卒業予定の方】

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
9月15日	平成30年10月上旬	平成30年10月25日～11月2日のうち連続する2日間	平成30年11月中旬
12月14日	平成30年12月下旬	平成31年1月28日～2月5日のうち連続する2日間	平成31年2月下旬

※ 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( )
---------------------------------	---

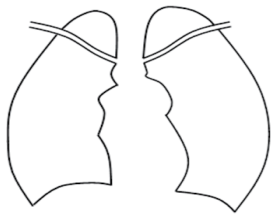
上記は **自筆です** **代筆です** (いずれかを○でかこむ)

(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			てんかん 発作の有無	
・	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		印	
		住所			
		医師名			

※ 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		] [ 部門コード				

# 社会生活状況確認票

現在支援されている機関の担当の方が、できる限り詳しく記入してください。

機関名

応募者氏名		記入年月日	
記入者氏名		所属及び職名	
所属機関住所 及び電話番号	〒      —  TEL      —      —		

## <支援機関利用歴>

利用機関名	区分	支援内容	利用期間		利用頻度	
			年 月	～ 年 月	回/	週

「特記事項」※最近の支援機関利用状況など

※支援機関の「区分」は医療、保健、福祉、就労支援など。利用機関が多い場合は、最近の利用状況を中心にお分かりになる範囲でご記入ください。

## <現在の状況について>

(1)最近の活動状況	※就労中、施設利用中、在宅など。例「週2回4時間スーパーでアルバイトをしながら、週3回作業所に通所している」など、詳しい状況もご記入ください。
(2)最近の精神面の状況	※最近の症状、安定度、苦手とする場面などについてご記入ください。
(3)生活上の配慮事項	※不眠、受療中断、怠業、疲労感、感情のコントロール、うつ状態、生活リズムの崩れなど、配慮を必要とする事項についてご記入ください。

## <周囲の支援状況について>

主な支援者、支援機関	※職業訓練を受けるに当たって、あるいは職業訓練終了後に、社会生活面での支援が受けられる支援者、支援機関、支援内容についてご記入ください。
------------	--

※記入にあたってのお問い合わせは、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課(0866-56-9001)までお願いします。

※現在利用中の支援機関が2カ所以上ある場合は、この用紙をコピーして担当の方にお渡しください。