

1. 募集対象者

- (1) 身体障害者手帳をお持ちの方のほか、身体障害程度等級7級の判定を受けている方、又は、身体の障害が障害者の雇用の促進等に関する法律第2条第2号の規定に該当しない膠原病等の難病、低身長症等の疾患をお持ちの方で次の(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) 希望する訓練コースに関して、一定の実務経験又は技能・知識を有する方であって既得の技能・知識に追加・補完の訓練を受講することにより、再就職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
メカトロ系	機械 CAD コース	6 カ月
	電気・電子技術・CAD コース	6 カ月
	組立・検査コース	6 カ月
	資材管理コース	6 カ月
ビジネス情報系	システム設計・管理コース	6 カ月
	会計ビジネスコース	6 カ月
	OA ビジネスコース	6 カ月

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：各コースとも若干名
- (2) 募集期間：随時募集（いつでも申し込みできます。）
- (3) 入所日：個別に調整して決定します。

4. 上記1-(3)の希望する訓練コースにおける「一定の実務経験又は技能・知識を有する方並びに追加・補完の訓練」とは、次のとおりです。

訓練コース	既得の経験・技能・知識及び追加・補完する技能等の内容
機械 CAD コース	機械加工の実務経験を有し、基本的な機械図面の読解力のある方で、新たにCADによる機械図面作成に関する技能・知識を必要とする方
電気・電子技術・CADコース	電気関連の実務経験を有し、CAD技術を必要とする方、もしくは、電子関連の実務経験を有し、電子回路の基礎知識を有する方で、電気・電子制御に関する技能・知識を必要とする方
組立・検査コース	製造業関連の実務経験を有し、さらに電子機器及び機械部品の組立・検査の技能・知識を必要とする方
資材管理コース	電気もしくは電子関連の実務経験を有し、障害等により以前に従事した業務遂行が困難になった方、もしくは、事務関連の実務経験を有し、電子部品等の知識を習得し、資材管理に関する技能・知識を必要とする方
システム設計・管理コース	パーソナルコンピューターのOS、アプリケーションソフトの利用及び管理の実務経験を有し、簡単なプログラミング、または小規模なネットワーク構築等の実務経験を有する方で、システム及びネットワークの設計・運用・管理等に関する技能・知識を必要とする方
会計ビジネスコース	事務職として実務経験を有し、簿記についての3級程度の技能・知識を持つ方で、財務会計、販売管理など経営管理のより高度な技能・知識を必要とする方
OA ビジネスコース	事務職として実務経験を有し、ワープロ、表計算について3級程度の技能・知識を持つ方で、オフィス向けソフトによる各種資料の作成及び、グループウェア、インターネットを利用したビジネス情報の収集、伝達、共有を行うための高度な技能・知識を必要とする方

※個々人の実務経験等により習得（訓練）カリキュラムを個別に設定します

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

5. 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1-1）
 - ② 健康診断書（様式2）
 - ③ 身体障害者手帳等の交付を受けている方はその写し
- (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。
- (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 検査結果補助記録票（様式3）
 - ② 入所希望調査書（様式4-1）
 - ③ 求職登録票（写）、相談記録票（写）等の相談経過がわかるもの
 - ④ 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）
 - ⑤ 主治医の意見書（写）又は医師の診断書（写）※必要に応じ添付

※普通課程訓練との併願

- 普通課程訓練（応募に当たって一定の実務経験又は技能・知識が必要なく、訓練期間が訓練科目により1年又は2年の訓練）の入所申請との併願ができます。
- 普通課程訓練については、「平成29年度普通課程職業訓練生募集要項【身体障害のある方等対象】」をご参照ください。

6. 当センターへの入所

- (1) 入所選考の方法
原則として応募書類（上記5の書類）で選考を行います。応募書類だけで入所の適否の決定が困難な場合は、来所又は出張による面接や検査などを行います。
- (2) 選考結果の通知
ハローワークを通じて入所日の約3週間前に通知します。

7. 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6カ月間5,000円程度）。

8. 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）。

9. 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 ※注1	普通課程	第一希望	第二希望	第三希望
		コース	コース	コース
	短期課程 (レベルアップ訓練)	コース		
2. 入所を希望する理由 ※注2				
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			

注1:普通課程と短期課程の併願希望者は普通課程欄と短期課程欄の両方に記入のこと。

注2:短期課程希望者は、これまで従事した実務経験の内容、経験年数や持っている知識・技能の程度及び入所後に習得したい技能等を具体的に記入のこと。

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()
-------------------------	---

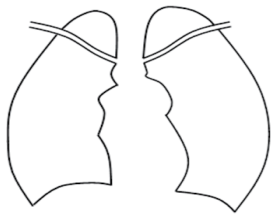
上記は **自筆です** **代筆です** (いずれかを○でかこむ)

(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		※聴覚に障害のない方は正常を○で囲んでください		特記事項有り (下記記入) 右 db 左 db
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
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					
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3)

検査結果補助記録票

フリガナ		男 女	生年月日	年	月	日 (歳)
氏名						

※記入の仕方は裏面にあります。

★日常生活基礎動作

目安 ほとんどできる だいたいできる やっとできる	普通の 1.5倍 " の 2 倍 " の 3 倍	左手					右手				
		普通にできる	ほとんどできる	だいたいできる	やっとできる	できない	普通にできる	ほとんどできる	だいたいできる	やっとできる	できない
字を書く(利手)											
定規を使って30cmの直線を引く(利手)											
紙をめくる(雑誌等)(左・右別)											
キーボードが指で押さえられる											
マウス(もしくはトラックボール)が使える											
針に糸を通す(利手)											
ひもを結ぶ											
紙コップ(水入)を持つ(左・右別)											
タオルをしぼる											
荷物を持つ(3kg)(左・右別)											
更紙を八つに折り畳む											
車イスの移動(なだらかな傾斜の下り)											

★学カテスト

第Ⅰ部 (計算力)	/75	第Ⅱ部 (漢字力)	/25	得点	/100
--------------	-----	--------------	-----	----	------

★パソコン経験の程度

1. ワープロ技能レベル (a.経験無し b.10分で正味200字程度 c.10分で正味300字以上 d.10分で正味400字以上 e.10分で正味500字以上)	
2. 表計算ソフト技能レベル(a.経験無し b.グラフ作成ができる c.関数機能が使える)	
3. インターネット使用 (a.経験無し b.経験あり :使用頻度等))
4. その他 (ホームページ作成等:)

★高次脳機能障害について

1. 有無 (a.ある b.疑いがある c.ない d.不明))
2. 機能障害及び障害受容状況、配慮事項等について)
()

平成 年 月 日 (センター名)	障害者職業センター
(担当者氏名)	TEL() -

補助記録票の記入の仕方

【日常生活基礎動作】

- ・各項目について、できる限り実際に動作をさせたうえで記入してください。
- ・(利手)、(左右別)の区別がない欄は「利手」の欄に記入してください。
- ・「車イスの移動(なだらかな傾斜の上り)」とは、勾配4.5度強(1/12)程度(「国際シンボルマーク」を使用できる建築物の基準)の移動のこと。

【学力テスト】

- ・学力テスト結果を記入してください。

【パソコン経験の程度】

- ・各項目について、本人に作業実施若しくは聞き取りして記入してください。

1. インターネット使用

a. 経験無し

b. 経験あり : 使用頻度等 : 毎日使用、週に2~3回等使用頻度について

2. その他 : ホームページ作成やネットワークの知識等、パソコン経験についての情報

【高次脳機能障害について】

1. 脳外傷、脳血管障害等により生じた記憶、思考、理解、言語、判断等の機能障害(疑いも含む)の有無について、わかる範囲で記入してください。

a. 明らかに認められる

b. 疑いがある

c. 認められない

d. 不明

2. 上記1で a 又は b に該当する場合は、機能障害及び障害の受容状況、配慮事項等について記載してください。

(様式4-1)

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 [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]	1. 第一希望について 2. 第二希望について 3. 第三希望について					
関係機関の意見、家族の協力体制について ※短期課程希望者については希望訓練コースの技能習得レベルの所見も記入願います						
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] []						