

# 平成24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】

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) 身体障害者手帳をお持ちの方、又は、身体障害程度等級7級の判定を受けている方、若しくは、身体の障害が障害者の雇用の促進等に関する法律の規定に該当しない肝臓病、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) 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は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科目・訓練期間

| 訓練系     | 訓練科      | 訓練期間 |
|---------|----------|------|
| メカトロ系   | メカトロニクス科 | 2年   |
|         | 機械製図科    | 1年   |
|         | 電子機器科    | 1年   |
| ビジネス情報系 | システム設計科  | 2年   |
|         | 経理事務科    | 1年   |
|         | OA事務科    | 1年   |

### 3. 募集人員・募集期間(入所申請書受付期間)・入所日

(1) 募集人員は各入所日ごと、全訓練科合計で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24年 4月 1日 ~ 平成24年 4月30日 | 平成24年 6月12日 |
| 平成24年 6月 1日 ~ 平成24年 6月30日 | 平成24年 9月11日 |
| 平成24年 9月 1日 ~ 平成24年 9月30日 | 平成24年11月 6日 |
| 平成24年12月 1日 ~ 平成24年12月31日 | 平成25年 2月 5日 |
| 平成25年 1月 1日 ~ 平成25年 1月31日 | 平成25年 4月 8日 |

【平成25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24年 8月 1日 ~ 平成24年 8月31日 | 平成25年 4月・6月 |
| 平成24年10月 1日 ~ 平成24年10月31日 | 平成25年 4月・6月 |
| 平成25年 1月 1日 ~ 平成25年 1月31日 | 平成25年 6月    |

※募集締切日8月31日及び10月31日の応募の方の入所日は、入所決定者数等により4月入所と6月入所に分かります。

※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(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1-1)

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 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 入所希望者調査書(様式4-1)
- ③ 求職登録票(写)と相談記録票(写)
- 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) ※必要に応じ添付

## 5. 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4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次により通知します。

- ① 一般(新規学校卒業予定者以外)の方については、入所日の約3週間前に通知します。
- ② 新規学校卒業予定の方については、次のとおり通知します。

| 募集締切日区分 | 選考結果の通知    | 入所日の通知     |
|---------|------------|------------|
| 8月31日   | 平成24年 9月下旬 | 平成25年 2月下旬 |
| 10月31日  | 平成24年11月下旬 | 平成25年 2月下旬 |
| 1月31日   | 平成25年 2月下旬 | 平成25年 2月下旬 |

## 6. 訓練科の決定

当センター入所後の職業評価課程(約3週間)において、入所生個々の能力・適性・希望・労働市場の状況などの総合的な評価・判断により訓練科が決定されます。

## 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1年間5,000円)。

## 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300円、昼食450円、夕食450円となります。

## 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(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

(様式1-1)

# 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。

・提出前3ヶ月以内に撮影したもの

・写真(大きさ 名刺版)

・(全身・正面・脱帽)

9 cm × 5.5 cm

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

| 1. 希望する訓練    | 普通課程<br>(身体)                    | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
|--------------|---------------------------------|------|------|------|
|              |                                 | 科    | 科    | 科    |
| ※注1          | 普通課程<br>(知的・高次脳・精神)<br>短期課程     | 科    |      |      |
| 2. 入所を希望する理由 | ※注2                             |      |      |      |
| 3. 修了後の希望    | 就職の希望地(都道府県又は市町村名)<br>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短期課程欄と普通課程(身体)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<br>歴<br>等 | 在学期間  | 校名 | 学部学科 | いずれかに○           |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |

※各種学校・職業能力開発校・社会復帰を目指した医療・福祉施設等も記入してください。

|        |       |         |          |               |
|--------|-------|---------|----------|---------------|
| 職<br>歴 | 期 間   | 会社・事業所名 | 職種(具体的に) | 所在地<br>(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。

|                  |  |
|------------------|--|
| 免許・資格等<br>(取得年月) |  |
|------------------|--|

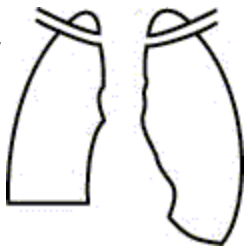
|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 吉備職リハセンターを<br>何(どこ)で知りましたか？ | 1 学校 2 職業能力開発校 3 公共職業安定所 4 障害者職業センター<br>5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ<br>9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 その他( ) |
|-----------------------------|--|

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。

(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             |       |    |             |
| 既往症                                      | ( 事故時の意識喪失期間: )   |         |    |    |   |                |       |    |             |
| 身長                                       | cm  | 体重      | kg | 胸囲 | cm  | 握力             | 右     | kg | 耳鼻咽喉症       |
|  |   |         |    |    |   | 左              | kg    |    |             |
| 視力                                       | 右   | ( )     | 視野 | 眼疾 | 聴力・言語   | 聴力             |       | 右  |             |
|  | 左   | ( )     |    |    |   | 言語             |       | 左  |             |
| 脊柱形態                                     | 脊損レベル   | 四肢障害運動形 |    |    |   | 血圧             | 尿検査   |    | 蛋白糖ウロビリノーゲン |
| 常用薬                                      | 1. 抗てんかん剤 2. ステロイド剤 3. 糖尿病治療薬 4. 降圧剤 5. 睡眠剤 6. 精神安定剤 7. その他 |         |    |    | てんかん  |                | 発作の有無 |    |             |
| 当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患について               |   |         |    |    |   |                |       |    |             |
| 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<br>1. 呼吸器<br>2. 循環器<br>3. 消化器<br>4. 神経系<br>5. 皮膚泌尿器      |         |    |    | 最近(3ヶ月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見<br><br>(平成 年 月 日撮影) |                |       |    |             |
|  | 1. BCG接種歴 ( 有 ・ 無 不明 )<br>2. ツベルクリン反応:陽転の時期等                |         |    |    |   |                |       |    |             |
| 上記のとおり診断する。<br>平成 年 月 日<br>住所<br>医師 氏名 印 |   |         |    |    |   |                |       |    |             |

(様式3)

# 検査結果補助記録票

|      |        |      |   |   |    |
|------|--------|------|---|---|----|
| フリガナ |        | 生年月日 | 年 | 月 | 日  |
| 氏名   | 男<br>女 |      |   | ( | 歳) |

※ 記入のしかたは裏面にあります。

## ★日常生活基礎動作

| 目 安<br>ほとんどできる<br>だいたいできる<br>やっとなんか | 左 手                    |                                 |                                 |                            |                  | 右 手                    |                                 |                                 |                            |                  |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|
|                                     | 普通<br>に<br>で<br>き<br>る | ほ<br>と<br>ん<br>ど<br>で<br>き<br>る | だ<br>い<br>た<br>い<br>で<br>き<br>る | や<br>っ<br>と<br>で<br>き<br>る | で<br>き<br>な<br>い | 普通<br>に<br>で<br>き<br>る | ほ<br>と<br>ん<br>ど<br>で<br>き<br>る | だ<br>い<br>た<br>い<br>で<br>き<br>る | や<br>っ<br>と<br>で<br>き<br>る | で<br>き<br>な<br>い |
| 普通の1.5倍                             |                        |                                 |                                 |                            |                  |                        |                                 |                                 |                            |                  |
| " 2 倍                               |                        |                                 |                                 |                            |                  |                        |                                 |                                 |                            |                  |
| " 3 倍                               |                        |                                 |                                 |                            |                  |                        |                                 |                                 |                            |                  |
| 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(なだらかな傾斜の上り)                  |                        |                                 |                                 |                            |                  |                        |                                 |                                 |                            |                  |

## ★学 力 テ ス ト

|              |     |               |     |    |      |
|--------------|-----|---------------|-----|----|------|
| 第I部<br>(計算力) | /75 | 第II部<br>(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)とは、「車イスシンボルマーク」を使用できるには、勾配4.5度強(1/12)以下とされており、なだらかな傾斜とはこの基準内の勾配を意味します。

### 【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<br>平成 | 年          | 月 | 日 | (<br>歳) |
|---|---------------------------------------|------|----------|------------|---|---|---------|
| 氏名  | 男<br>女                                |      |          |            |   |   |         |
| 希望する訓練科に係る就職希望地の労働市場の状況<br>(短期課程は希望する訓練科)<br><br>〔 本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内の労働市場について 〕 | 1. 第一希望<br><br>2. 第二希望<br><br>3. 第三希望 |      |          |            |   |   |         |
| 関係機関の意見、家族の協力体制について<br><br>※短期課程希望者については希望訓練科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<br><br>〔 訓練修了時でのあっ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 |   |   |         |
| (担当者氏名 )  |                                       |      |          | (TEL - - ) |   |   |         |

# 平成24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は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科・訓練期間

| 訓練系   | 訓練科   | 訓練期間 |
|-------|-------|------|
| 職域開発系 | 職業実務科 | 1年   |

### 3. 募集人員・募集期間（入所申請書受付期間）・入所日

- (1) 募集人員は各入所日ごとに5名程度（年間10名程度）です。
- (2) 募集期間（入所申請書受付期間）、入所日及び入所日は次のとおりです。

| 募集期間（入所申請書受付期間）           | 入所日         |
|---------------------------|-------------|
| 平成24年 6月 1日 ~ 平成24年 6月30日 | 平成24年10月 3日 |
| 平成24年 9月 1日 ~ 平成24年 9月30日 | 平成25年 4月 8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）と相談記録票（写）
  - 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）※必要に応じ添付

### 5. 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次選考を経た方に対して、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。

(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24年 7月下旬 | 平成24年 8月下旬 | 平成24年 9月中旬 |
| 9月30日   | 平成24年11月上旬 | 平成24年12月上旬 | 平成24年12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5,000円）。

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300円、昼食450円、夕食450円となります。

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（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。

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

・提出前3ヶ月以内に  
撮影したもの

・写真(大きさ 名刺版)

・(全身・正面・脱帽)

9 cm × 5.5 cm

|              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| 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. 修了後の希望    | 就職の希望地(都道府県又は市町村名)<br>第一希望 第二希望 |

|             |       |    |      |                  |
|-------------|-------|----|------|------------------|
| 学<br>歴<br>等 | 在学期間  | 校名 | 学部学科 | いずれかに○           |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |

※各種学校・職業能力開発校・社会復帰を目指した医療・福祉施設等も記入してください。

|        |       |         |          |               |
|--------|-------|---------|----------|---------------|
| 職<br>歴 | 期 間   | 会社・事業所名 | 職種(具体的に) | 所在地<br>(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。

|                  |  |
|------------------|--|
| 免許・資格等<br>(取得年月) |  |
|------------------|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 吉備職リハセンターを<br>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<br>5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ<br>9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 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。

(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 |   |   |   |      |

|     |                 |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 既往症 | ( 事故時の意識喪失期間: ) |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|--|--|--|--|--|--|

|    |    |    |    |    |    |    |   |    |       |
|----|----|----|----|----|----|----|---|----|-------|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 胸囲 | cm | 握力 | 右 | kg | 耳鼻咽喉症 |
|    |    |    |    |    |    |    | 左 | kg |       |

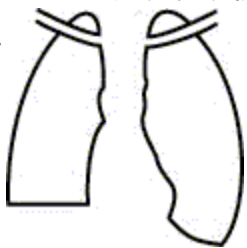
|    |       |    |                |    |       |    |   |
|----|-------|----|----------------|----|-------|----|---|
| 視力 | 右 ( ) | 視野 | ※視覚に障害のある方のみ記入 | 眼疾 | 聴力・言語 | 右  | 左 |
|    | 左 ( ) |    |                |    |       | 言語 |   |

|      |       |         |  |    |  |     |             |
|------|-------|---------|--|----|--|-----|-------------|
| 脊柱形態 | 脊損レベル | 四肢障害運動形 |  | 血圧 |  | 尿検査 | 蛋白糖ウロビリノーゲン |
|------|-------|---------|--|----|--|-----|-------------|

|     |   |                    |            |
|-----|---|--------------------|------------|
| 常用薬 | 1. 抗てんかん剤<br>2. ステロイド剤<br>3. 糖尿病治療薬<br>4. 降圧剤<br>5. 睡眠剤 | 6. 精神安定剤<br>7. その他 | てんかんの発作の有無 |
|-----|---|--------------------|------------|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患について |  |
|----------------------------|--|

|            |             |
|------------|-------------|
| 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<br>1. 呼吸器<br>2. 循環器<br>3. 消化器<br>4. 神経系<br>5. 皮膚泌尿器 | 最近(3ヶ月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見<br><br>(平成 年 月 日撮影) |
|----|--|---|

|  |
|--|
| 1. BCG接種歴 ( 有 ・ 無 不明 )<br>2. ツベルクリン反応:陽転の時期等 |
|--|

|  |
|--|
| 上記のとおり診断する。<br>平成 年 月 日<br>住所<br>医師 氏名 印 |
|--|

(様式4-2)

## 入所希望者調査書

| フリガナ  |                        | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年          | 月 | 日 | (<br>歳) |
|---|------------------------|------|----------|------------|---|---|---------|
| 氏名  | 男<br>女                 |      |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内の労働市場について〕 | 1. 第一希望<br><br>2. 第二希望 |      |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔訓練修了時でのあっ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 |   |   |         |
| (担当者氏名 )  |                        |      |          | (TEL - - ) |   |   |         |

# 平成24年度 普通課程職業訓練生募集要項

## 【 高次脳機能障害のある方対象 】

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) 脳外傷、脳血管障害等により生じた記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を有することが、医師の診断書等で確認できる方で次の(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は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科・訓練期間

| 訓練系   | 訓練科   | 訓練期間 |
|-------|-------|------|
| 職域開発系 | 職域開発科 | 1年   |

※導入訓練後に、本人の適性、希望、その他の状況により、メカトロ系又はビジネス情報系の訓練科に所属を変更する場合があります。

### 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5名程度です。
- (2) 募集期間及び入所日は次のとおりです。

| 募集期間（入所申請書受付期間）         | 入所日         |
|-------------------------|-------------|
| 平成24年4月 1日 ~ 平成24年4月30日 | 平成24年 7月 3日 |
| 平成24年8月 1日 ~ 平成24年8月31日 | 平成24年11月28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 身体障害者手帳又は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
  - ④ 医師の診断書（高次脳機能障害に係る主治医の意見書（様式5））
- (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 検査結果補助記録票（様式3）
  - ② 入所希望者調査書（様式4-2）
  - ③ 求職登録票（写）と相談記録票（写）
  - 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 高次脳機能障害以外の既存の主治医の意見書があれば、必要に応じ写しを添付

### 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次選考を経た方に対して、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。

(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

| 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24年 5月下旬 | 平成24年 6月上旬 | 平成24年 6月中旬 |
| 8月31日   | 平成24年 9月中旬 | 平成24年10月中旬 | 平成24年11月上旬 |

※ 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5,000円）。

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300円、昼食450円、夕食450円となります。

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（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。

|         |                      |
|---------|----------------------|
| フリガナ    |                      |
| 氏 名     | 男<br>女               |
| 生 年 月 日 | 昭和 年 月 日生 ( 歳)<br>平成 |
| 現 住 所   | 〒<br>TEL ( ) -       |
| 連 絡 先   | 〒<br>TEL ( ) -       |

・提出前3ヶ月以内に  
撮影したもの

・写真(大きさ 名刺版)

・(全身・正面・脱帽)

9 cm × 5.5 cm

|              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| 1. 希望する訓練コース | 第一希望 第二希望                       |
| 2. 入所を希望する理由 |                                 |
| 3. 修了後の希望    | 就職の希望地(都道府県又は市町村名)<br>第一希望 第二希望 |

|             |       |    |      |                  |
|-------------|-------|----|------|------------------|
| 学<br>歴<br>等 | 在学期間  | 校名 | 学部学科 | いずれかに○           |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |

※各種学校・職業能力開発校・社会復帰を目指した医療・福祉施設等も記入してください。

|        |       |         |          |               |
|--------|-------|---------|----------|---------------|
| 職<br>歴 | 期 間   | 会社・事業所名 | 職種(具体的に) | 所在地<br>(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。

|                  |  |
|------------------|--|
| 免許・資格等<br>(取得年月) |  |
|------------------|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 吉備職リハセンターを<br>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<br>5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ<br>9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 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。

(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 |   |   |   |       |

|     |                 |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 既往症 | ( 事故時の意識喪失期間: ) |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|--|--|--|--|--|--|

|    |    |    |    |    |    |    |   |    |       |
|----|----|----|----|----|----|----|---|----|-------|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 胸囲 | cm | 握力 | 右 | kg | 耳鼻咽喉症 |
|    |    |    |    |    |    |    | 左 | kg |       |

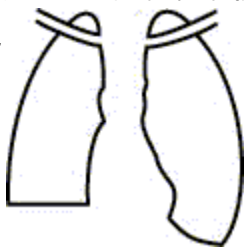
|    |       |    |                |    |       |    |   |
|----|-------|----|----------------|----|-------|----|---|
| 視力 | 右 ( ) | 視野 | ※視覚に障害のある方のみ記入 | 眼疾 | 聴力・言語 | 右  | 左 |
|    | 左 ( ) |    |                |    |       | 言語 |   |

|      |       |         |  |    |  |     |             |
|------|-------|---------|--|----|--|-----|-------------|
| 脊柱形態 | 脊損レベル | 四肢障害運動形 |  | 血圧 |  | 尿検査 | 蛋白糖ウロビリノーゲン |
|------|-------|---------|--|----|--|-----|-------------|

|     |   |                    |           |
|-----|---|--------------------|-----------|
| 常用薬 | 1. 抗てんかん剤<br>2. ステロイド剤<br>3. 糖尿病治療薬<br>4. 降圧剤<br>5. 睡眠剤 | 6. 精神安定剤<br>7. その他 | てんかん発作の有無 |
|-----|---|--------------------|-----------|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患について |  |
|----------------------------|--|

|            |             |
|------------|-------------|
| 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<br>1. 呼吸器<br>2. 循環器<br>3. 消化器<br>4. 神経系<br>5. 皮膚泌尿器 | 最近(3ヶ月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見<br><br>(平成 年 月 日撮影) |
|----|--|---|

|                        |
|------------------------|
| 1. BCG接種歴 ( 有 ・ 無 不明 ) |
| 2. ツベルクリン反応:陽転の時期等     |

|             |
|-------------|
| 上記のとおり診断する。 |
| 平成 年 月 日    |
| 住 所         |
| 医 師         |
| 氏 名         |
| 印           |

(様式3)

# 検査結果補助記録票

|      |        |      |   |   |    |
|------|--------|------|---|---|----|
| フリガナ |        | 生年月日 | 年 | 月 | 日  |
| 氏名   | 男<br>女 |      |   | ( | 歳) |

※ 記入のしかたは裏面にあります。

## ★日常生活基礎動作

| 目 安<br>ほとんどできる<br>だいたいできる<br>やっとならできる | 左 手                       |        |         |         |          | 右 手  |        |         |         |          |      |
|---------------------------------------|---------------------------|--------|---------|---------|----------|------|--------|---------|---------|----------|------|
|                                       | 普通の1.5倍<br>" 2 倍<br>" 3 倍 | 普通にできる | ほとんどできる | だいたいできる | やっとならできる | できない | 普通にできる | ほとんどできる | だいたいできる | やっとならできる | 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(なだらかな傾斜の上り)                    |                           |        |         |         |          |      |        |         |         |          |      |

## ★学 力 テ ス ト

|              |     |              |     |    |      |
|--------------|-----|--------------|-----|----|------|
| 第Ⅰ部<br>(計算力) | ／75 | 第Ⅱ部<br>(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)とは、「車イスシンボルマーク」を使用できるには、勾配4.5度強(1/12)以下とされており、なだらかな傾斜とはこの基準内の勾配を意味します。

### 【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4-2)

## 入所希望者調査書

| フリガナ  |                        | 生年月日   | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | (<br>歳) |
|---|------------------------|--------|----------|---|---|---|---------|
| 氏名  |                        | 男<br>女 |          |   |   |   |         |
| 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<br><br>〔 本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内の労働市場について 〕 | 1. 第一希望<br><br>2. 第二希望 |        |          |   |   |   |         |
| 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<br><br>〔 訓練修了時でのあっ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  |                        |        |          |   |   |   |         |
| (担当者氏名 ) (TEL - - )   |                        |        |          |   |   |   |         |

高次脳機能障害に係る主治医の意見書

|  |        |      |    |   |   |          |
|--|--------|------|----|---|---|----------|
| ふりがな   |        | 昭和   |    |   |   |          |
| 氏名   | 男<br>女 | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日<br>(歳) |
| <p>1 発症及び受障年月日</p> <p>2 傷病名</p> <p>3 高次脳機能障害の状況</p> <p>4 現在の医療の状況について<br/> (1) 治療内容</p> <p>(2) 通院状況</p> <p>(3) 服薬状況</p> <p>(4) その他 (てんかん発作の既往のある場合は、発作の種類、頻度、要因、発作時の対応について)</p> <p>5 総合所見 (いずれかに○をつけてください)</p> <p style="text-align: right;">認められる</p> <p style="text-align: center;">高次脳機能障害であると</p> <p style="text-align: right;">認められない</p> |        |      |    |   |   |          |

|       |    |   |     |     |
|-------|----|---|-----|-----|
| 作成日   | 平成 | 年 | 月   | 日   |
| 医療機関名 |    |   |     |     |
| 所在地等  | 〒  | — | TEL | — — |
| 医師名   | 印  |   |     |     |

# 平成24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は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科・訓練期間

| 訓練系   | 訓練科   | 訓練期間 |
|-------|-------|------|
| 職域開発系 | 職域開発科 | 1年   |

※導入訓練後に、本人の適性、希望、その他の状況により、メカトロ系又はビジネス情報系の訓練科に所属を変更する場合があります。

### 3. 募集人員・募集期間（入所申請書受付期間）・入所日

- (1) 募集人員は各入所日ごとに5名程度（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。

| 募集期間（入所申請書受付期間）         | 入所日         |
|-------------------------|-------------|
| 平成24年4月 1日 ～ 平成24年4月30日 | 平成24年 7月 3日 |
| 平成24年8月 1日 ～ 平成24年8月31日 | 平成24年11月28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 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
- (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 入所希望者調査書（様式4-2）
  - ② 求職登録票（写）と相談記録票（写）
  - 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）

### 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次選考を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。

(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

| 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24年 5月下旬 | 平成24年 6月上旬 | 平成24年 6月中旬 |
| 8月31日   | 平成24年 9月中旬 | 平成24年10月中旬 | 平成24年11月上旬 |

※ 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5,000円）。

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300円、昼食450円、夕食450円となります。

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（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。

|         |                      |
|---------|----------------------|
| フリガナ    |                      |
| 氏 名     | 男<br>女               |
| 生 年 月 日 | 昭和 年 月 日生 ( 歳)<br>平成 |
| 現 住 所   | 〒<br>TEL ( ) -       |
| 連 絡 先   | 〒<br>TEL ( ) -       |

・提出前3ヶ月以内に  
撮影したもの

・写真(大きさ 名刺版)

・(全身・正面・脱帽)

9 cm × 5.5 cm

|              |   |
|--------------|---|
| 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. 修了後の希望    | 就職の希望地(都道府県又は市町村名)<br>第一希望 　　　　　　　　　 第二希望 |

|             |       |    |      |                  |
|-------------|-------|----|------|------------------|
| 学<br>歴<br>等 | 在学期間  | 校名 | 学部学科 | いずれかに○           |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |

※各種学校・職業能力開発校・社会復帰を目指した医療・福祉施設等も記入してください。

|        |       |         |          |               |
|--------|-------|---------|----------|---------------|
| 職<br>歴 | 期 間   | 会社・事業所名 | 職種(具体的に) | 所在地<br>(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。

|                  |  |
|------------------|--|
| 免許・資格等<br>(取得年月) |  |
|------------------|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 吉備職リハセンターを<br>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<br>5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ<br>9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 その他( ) |
|-----------------------------|--|

上記は

**自筆です**

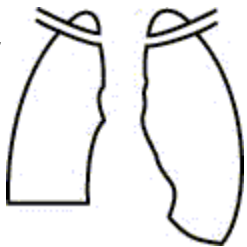
**代筆です**

(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。

(様式2)

# 健康診断書

|  |   |         |    |    |   |                      |       |    |             |
|--|---|---------|----|----|---|----------------------|-------|----|-------------|
| フリガナ                                     |   |         |    |    | 生年月日  | 昭和 年 月 日 ( 歳 )<br>平成 |       |    |             |
| 氏名                                       |   |         |    |    | 男女  |                      |       |    |             |
| 既往症                                      | ( 事故時の意識喪失期間: )   |         |    |    |   |                      |       |    |             |
| 身長                                       | cm  | 体重      | kg | 胸囲 | cm  | 握力                   | 右     | kg | 耳鼻咽喉症       |
|  |   |         |    |    |   | 左                    |       | kg |             |
| 視力                                       | 右   | ( )     | 視野 | 眼疾 | 聴力・言語   | 聴力                   |       | 右  | 言語          |
|  | 左   | ( )     |    |    |   | 左                    |       |    |             |
| 脊柱形態                                     | 脊損レベル   | 四肢障害運動形 |    |    |   | 血圧                   | 尿検査   |    | 蛋白糖ウロビリノーゲン |
| 常用薬                                      | 1. 抗てんかん剤 2. ステロイド剤 3. 糖尿病治療薬 4. 降圧剤 5. 睡眠剤 6. 精神安定剤 7. その他 |         |    |    | てんかん  |                      | 発作の有無 |    |             |
| 当センターに入所後、通院加療を必要とする疾患について               |   |         |    |    |   |                      |       |    |             |
| 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<br>1. 呼吸器<br>2. 循環器<br>3. 消化器<br>4. 神経系<br>5. 皮膚泌尿器      |         |    |    | 最近(3ヶ月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による胸部所見<br><br>(平成 年 月 日撮影) |                      |       |    |             |
|  | 1. BCG接種歴 ( 有 ・ 無 不明 )<br>2. ツベルクリン反応:陽転の時期等                |         |    |    |   |                      |       |    |             |
| 上記のとおり診断する。<br>平成 年 月 日<br>住所<br>医師 氏名 印 |   |         |    |    |   |                      |       |    |             |

(様式4-2)

## 入所希望者調査書

| フリガナ  |                        | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年          | 月 | 日 | (<br>歳) |
|---|------------------------|------|----------|------------|---|---|---------|
| 氏名  | 男<br>女                 |      |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内の労働市場について〕 | 1. 第一希望<br><br>2. 第二希望 |      |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔訓練修了時でのあっ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 |   |   |         |
| (担当者氏名 )  |                        |      |          | (TEL - - ) |   |   |         |

# 平成24年度 普通課程職業訓練生募集要項

## 【 精神障害のある方対象 】

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) 精神障害者保健福祉手帳を取得している方、又は、医師から統合失調症、そううつ病、てんかんの診断を受けている方で次の(2)、(3)、(4)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
  - (4) 事前説明会へ参加している方または施設の見学に来所している方
- ※上記(1)の要件に該当しない方は別途ご相談ください。  
※事前説明会への参加や施設の見学が難しい場合は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科・訓練期間

| 訓練系   | 訓練科   | 訓練期間 |
|-------|-------|------|
| 職域開発系 | 職域開発科 | 1年   |

※導入訓練後に、本人の適性、希望、その他の状況により、メカトロ系又はビジネス情報系の訓練科に所属を変更する場合があります。

### 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5名程度です。
- (2) 募集期間及び入所日は次のとおりです。

| 募集期間（入所申請書受付期間）         | 入所日         |
|-------------------------|-------------|
| 平成24年4月 1日 ～ 平成24年4月30日 | 平成24年 7月 3日 |
| 平成24年8月 1日 ～ 平成24年8月31日 | 平成24年11月28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

- (1) 事前説明会又は施設見学への参加  
入所申請の前に事前説明会又は施設見学への参加が必要です。詳細は、当センター（職業評価課 TEL0866-56-9001）までご連絡ください。
- (2) 入所申請の手続きはハローワークで行います。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1-3）
  - ② 健康診断書（様式2）
  - ③ 社会生活状況確認票（様式6）
  - 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
- (3) 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。
- (4) 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(2)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）と相談記録票（写）

- 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）

5. 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次選考を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。

(2) 選考結果の通知等

ハローワークを通じて次により通知します

| 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 |
|---------|------------|------------|------------|
| 4月30日   | 平成24年5月下旬  | 平成24年 6月上旬 | 平成24年 6月中旬 |
| 8月31日   | 平成24年9月中旬  | 平成24年10月中旬 | 平成24年11月上旬 |

※ 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。
- 職業訓練生災害傷害保険に加入できます（保険料は1年間5,000円）。

7. 通所バス・食堂の利用

- 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300円、昼食450円、夕食450円となります。

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（個人情報）は厳正に取扱い、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



|             |       |    |      |                  |
|-------------|-------|----|------|------------------|
| 学<br>歴<br>等 | 在学期間  | 校名 | 学部学科 | いずれかに○           |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |
|             | 年月～年月 |    |      | 卒業<br>中退<br>卒業見込 |

※各種学校・職業能力開発校・社会復帰を目指した医療・福祉施設等も記入してください。

|        |       |         |          |               |
|--------|-------|---------|----------|---------------|
| 職<br>歴 | 期 間   | 会社・事業所名 | 職種(具体的に) | 所在地<br>(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。

|                  |  |
|------------------|--|
| 免許・資格等<br>(取得年月) |  |
|------------------|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 吉備職リハセンターを<br>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<br>5 福祉事務所 6 病院 7 新聞・雑誌 8 ホームページ<br>9 県市町村のお知らせ 10 知人 11 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。



(様式4-2)

## 入所希望者調査書

| フリガナ  |                        | 生年月日   | 昭和<br>平成 | 年          | 月 | 日 | (<br>歳) |
|---|------------------------|--------|----------|------------|---|---|---------|
| 氏名  |                        | 男<br>女 |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔本人の希望する職種の管内及び通勤範囲内の労働市場について〕 | 1. 第一希望<br><br>2. 第二希望 |        |          |            |   |   |         |
| 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<br><br>〔訓練修了時でのあっ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 |   |   |         |
| (担当者氏名 )  |                        |        |          | (TEL - - ) |   |   |         |

### 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<br>及び電話番号 | 〒            —                 |        |  |
|                  | 電話 (            )            — |        |  |

<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。利用期間が多い場合は、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、怠薬、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あたって、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。

# 平成24年度 短期課程職業訓練生募集要項

## 【 レベルアップ訓練 】

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) 障害者手帳をお持ちの方、または、身体障害程度等級7級の判定を受けている方、または、身体の障害が障害者の雇用の促進等に関する法律の規定に該当しない肝臓病、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)並びに(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) 希望する訓練科目に関して、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は別途ご相談ください。

### 2. 募集訓練科目・訓練期間

| 訓練系     | 訓練科      | 訓練期間 |
|---------|----------|------|
| メカトロ系   | メカトロニクス科 | 6カ月  |
|         | 機械製図科    | 6カ月  |
|         | 電子機器科    | 6カ月  |
| ビジネス情報系 | システム設計科  | 6カ月  |
|         | 経理事務科    | 6カ月  |
|         | OA事務科    | 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) 募集人員は各入所日ごとに全訓練科目で若干名です。
- (2) 募集期間及び入所日は次のとおりです。

| 募集期間(入所申請書受付期間)           | 入所日         |
|---------------------------|-------------|
| 平成24年 4月 1日 ~ 平成24年 4月30日 | 平成24年 6月12日 |
| 平成24年 6月 1日 ~ 平成24年 6月30日 | 平成24年 9月11日 |
| 平成24年 9月 1日 ~ 平成24年 9月30日 | 平成24年11月 6日 |
| 平成24年12月 1日 ~ 平成24年12月31日 | 平成25年 2月 5日 |
| 平成25年 1月 1日 ~ 平成25年 1月31日 | 平成25年 4月 8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. 上記1-(4)の希望する訓練科目における「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。

| 訓練科      | 既得の経験・技能・知識及び追加・補完する技能等の内容  |
|----------|---|
| メカトロニクス科 | 機械加工又は電気・電子関連の実務経験を有し、新たにCAD/CAM又は電気・電子制御に関する技能・知識を必要とする方   |
| 機械製図科    | 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                                      |
| 電子機器科    | 電気関連の実務経験を有し、電気回路の基礎知識を有する方で、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 |

| 訓練科     | 既得の経験・知識・技能及び追加・補完する技能等の内容  |
|---------|---|
| システム設計科 | パーソナルコンピューターのオペレーティングシステム、アプリケーションソフトの利用及びインストールの実務経験を有し、簡単なプログラミング、アプリケーションソフトのマクロの利用、あるい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、プログラム設計からシステム構築及びネットワーク機器の操作等に関する技能・知識を必要とする方 |
| 経理事務科   | 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事務科   | 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  |

## 5. 訓練の概要

※ 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。

| 訓練科目     | 訓練の概要  |
|----------|--|
| メカトロニクス科 | NC、MC工作機械の操作及びプログラミング又はメカトロニクス機器の設計製図、マイコン制御回路の製作・組立及び操作や保守点検作業ができる技能・知識を習得します。  |
| 機械製図科    | 機械製図に関する知識を取得し、機械の部品図と組立図の2次元CADによる設計製図及び、3次元CAD/CAMによる機械部品データ作成ができる技能・知識を習得します。   |
| 電子機器科    | コンペア実習装置を用いて、周辺機器、センサー等の取扱いを学習し、制御プログラムの作成及び制御機器の製作ができる技能・知識を習得します。  |
| システム設計科  | 各種プログラム言語を利用し、プログラム設計からシステム構築までを行う技能・知識の習得及び、ネットワーク機器の操作等ができる技能・知識を習得します。  |
| 経理事務科    | 簿記、税務、財務、販売管理、給与計算などの知識を習得するとともに、表計算、データベースなどのオフィス向けソフト及び財務会計、販売管理などのビジネスソフトを活用して、経営管理資料が作成できる技能・知識を習得します。                             |
| OA事務科    | ビジネスマナーや電話対応等事務職としての基本技能を習得するとともに、ワープロ、表計算、プレゼンテーション等のパソコンソフトを活用した各種資料の作成及び簿記、給与計算等の技能・知識の習得を目指します。また就職に有利となる各種検定資格試験にも積極的にチャレンジしています。 |

## 6. 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。

なお、応募できる訓練科は1科に限ります。

(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）と相談記録票（写）
  - ④ 職業センターの障害者台帳（写）、障害者支援経過（写）、適性検査結果記録表、学力テスト結果（写）（解答用紙含む）、その他実施した検査結果（写）、主治医の意見書（写）等

※ 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23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。

## 7. 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6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。

## 8. 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せん（保険料は1年間5,000円）。

## 9. 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は当センターの寮が利用できます。

・寮費は水道光熱費として、月額4,500円を月々徴収します。

・食費は、朝食300円、昼食450円、夕食450円となります。

## 10. 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（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

（〒716-1241 岡山県加賀郡吉備中央町吉川7520）

○ 職業評価指導部 職業指導課

TEL 0866-56-9002 FAX 0866-56-7636

※ ただし、募集要項の4及び5に関するお問い合わせは職業訓練部まで

TEL 0866-56-9003 FAX 0866-56-7238