（様式第３号）

年　　月　　日

　大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者住所 |  |
| ふりがな |  |
| 申請者氏名 |  |

社会生活適応訓練申請書

社会生活適応訓練事業実施要綱による社会生活適応訓練を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | 西暦 | 年　　 月　 　日　（年齢 　　歳） | | |
| 性別 | 男　　女　　その他　　回答しない | | | |
| 希望コース | 社会参加コース（３か月）　　社会参加コース（６か月）  就労準備コース（６か月）  事業所変更（社会参加コース）事業所変更（就労準備コース） | | | |
| 訓練目標 |  | | | |
| 職歴  （直近のもの） | 期間 | | 事業所名 | 仕事の内容 |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  |  |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  |  |
| 年　　月～　　　年　　月 | |  |  |
| 個人情報の  提供について | 訓練に係る事故等に備えた保険加入のため、大阪府が氏名（ふりがな）、  生年月日、性別についての情報を保険会社へ提供することに同意します。 | | | |
|  |  | |  |  |
| 上記の者について、社会生活適応訓練事業の訓練を受け入れることを承諾します。  年　　月　　日   |  |  | | --- | --- | | 受託予定者名※１ |  | | 代表者職・氏名 |  | | 協力事業所名 |  | | 訓練場所所在地※２ | 〒 | | 訓練内容※２ |  | | 担当者職・氏名 |  | | 担当者メールアドレス |  |   　※１　法人の場合は法人名、個人事業主の場合は屋号を記載してください。  ※２　協力事業所登録（更新）申請時と同じ内容としてください。内容を変更する場合は、  「協力事業所登録内容変更届（様式エ）」を提出してください。 | | | | |