

オフィスワーク事務(補助)科



- まったくの初心者から、さらなるスキルアップを目指す方まで、幅広く受講できます
- 受講者の理解度に応じた個別指導を重視します
- 修了証書が授与されます
普通職業訓練 短期課程 実践能力習得訓練コース オフィスワーク事務(補助)科を修了したことを証する東京障害者職業能力開発校長名義の修了証書が授与されます
(総訓練時間60時間の80%出席することが要件です)
学習歴・訓練歴として履歴書、職務経歴書、ジョブ・カードに記載が可能です
- ウイルス・バクテリア・カビ孢子、花粉、イェダニなどのアレルギ源を99.97%以上除去するプラズマ空気清浄機を導入
- 職業能力証明(訓練成果・実務成果)シートを交付します
訓練期間における職業能力について評価した職業能力証明(訓練成果・実務成果)シート(ジョブ・カード様式3-3-1-1)を訓練実施機関として交付します
- 「秘書検定2級集中講義 改訂新版」(公益財団法人実務技能検定協会編)(定価1,540円)を無償配付いたします

障害者委託訓練とは(公財)東京しごと財団がハローワークと連携して実施する障害のある方のための多様な職業訓練です。障害のある方が仕事をする上で役立つ知識や技能を身につけることを目的に、企業、民間教育機関、社会福祉法人、NPO法人等、様々な機関に訓練を委託して実施しています。

障害者委託訓練実施機関 特定非営利活動法人 職業能力開発支援機構 [SNKS]

■訓練の基本情報

訓練期間	令和6年下半期 順次開講 10日間(60時間)	1か月	
訓練時間	10時00分～17時00分 (50分毎に10分休憩、昼休憩60分)	訓練休日	土・日・祝日・指定日
定員	1名 (訓練最少人員:1名)	受講料 テキスト・教材費	無料(訓練手当、交通費、昼食代等の支給はありません)テキスト・教材無償配付
訓練目標	オフィスワーク事務全般にわたる実務技能を習得し、訓練成果を生かし、幅広い分野での就職・就業を目指します		

■訓練実施機関及び施設、問合せ先の情報

最寄駅からの地図

実施機関名	特定非営利活動法人 職業能力開発支援機構	
施設名	職業能力開発支援機構 文京ICTセンター	
住所	〒112-0002 東京都文京区小石川1丁目22-9 Tres Casasビル 1F	
問合せ先	TEL:03-5615-8542 FAX:03-5615-8543 info.npo.snks.tokyo@gmail.com	
担当者	事務局 柳瀬 和久	
訓練施設へのアクセス	東京メトロ丸ノ内線・南北線後楽園駅 8番出口より徒歩約8分 都営地下鉄大江戸線・三田線春日駅 A5出口より徒歩約8分 都バス上60系統小石川2丁目 バス停より徒歩5分 (乗車時間:大塚駅バス停から15分程度 上野公園バス停より30分程度)	

◆申込み状況により開講できない場合がございますのでご承知おきください

◆お申し込みは

居住地管轄のハローワーク「障害者職業相談の窓口」にてお申し込みください

(裏面参照)

オフィスワーク事務(補助)科

◆訓練対象者

- ①身体障害であり、身体障害者手帳をお持ちの方。知的障害、精神障害、発達障害、その他(高次脳機能障害、難病等)であり、愛の手帳(療育手帳)、精神障害者保健福祉手帳、公的な判定書(意見書、診断書)、難病指定の医療受給者証等をお持ちの方。
 ※下肢機能障害、上肢機能障害、視覚障害、聴覚障害、知的障害などの詳細につき応相談。
 ②居住地管轄のハローワークに求職登録を行い、訓練受講の斡旋を受けた方
 ③職業訓練を通じて就職しようとする意思のある方
 ④訓練施設まで通所ができる方

◆訓練カリキュラム

訓練項目	訓練内容	時間数
オリエンテーション	訓練の心構え、受講簿・訓練日誌の記入法、出欠管理他	1
安全衛生	「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」	1
オフィスワーク事務	電話対応 来客対応 業務メール送受信 ビジネス文書作成・編集・印刷 教材制作・印刷 申請書類等の提出・受理 法務局・ハローワークへ持参・引取 業務マニュアル作成 郵便(郵便局へ持参)・宅配便等の発送業務 ファイリング業務 袋ファイル作成 事業所、教室の整理・整頓・清掃 問題演習採点 パソコン点検整備 消耗品、事務用品補充(買い物)、講師補助 上記に伴う報告・連絡・相談、打合せ(方法・指導)	56
振返り	全体の振り返りとまとめ	1
ガイダンス	今後の就職活動、キャリア形成について他	1
総訓練時間	(6時間×10日=60時間)	60

ハローワーク一覧

所名	電話番号	最寄り駅	管轄区域
飯田橋	03-3812-8609	JR 飯田橋 徒歩 5 分	千代田、中央、文京、島しょ
上野	03-3847-8609	JR 上野 徒歩 5 分	台東
品川	03-5419-8609	JR 田町 徒歩 3 分	港、品川
大森	03-5493-8609	JR 大森 徒歩 8 分	大田
渋谷	03-3476-8609	JR 渋谷 徒歩 10 分	渋谷、世田谷、目黒
新宿	03-3200-8609	西武新宿線西武新宿 徒歩 1 分	新宿、中野、杉並
池袋	03-3987-8609	JR 池袋 徒歩 10 分	豊島、板橋、練馬
王子	03-5390-8609	メロ王子神谷 徒歩 7 分	北
足立	03-3870-8609	JR・メロ北千住 徒歩 6 分	荒川、足立
墨田	03-5669-8609	JR・メロ錦糸町 徒歩 2 分	墨田、葛飾
木場	03-3643-8609	メロ木場 徒歩 5 分	江東、江戸川
八王子	042-648-8609	JR 八王子 徒歩 3 分	八王子、日野
立川	042-525-8609	JR 立川 徒歩 10 分	立川、昭島、小平、小金井、東村山、国分寺、国立、東大和、武蔵村山
青梅	0428-24-8609	JR 東青梅 徒歩 6 分	青梅、福生、あきる野、羽村、西多摩郡
三鷹	0422-47-8609	JR 三鷹 徒歩 14 分	三鷹、武蔵野、清瀬、東久留米、西東京
町田	042-732-8609	JR・小田急線町田 徒歩 13 分	町田
府中	042-336-8609	京王線府中 徒歩 7 分	府中、調布、狛江、多摩、稲城

障害者委託訓練に関するお問い合わせ

(公財) 東京しごと財団 総合支援部 障害者就業支援課 委託訓練推進班
 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 3-10-3 東京しごとセンター8階
 TEL : 03-5211-2683

URL [https:// www.shigotozaidan.or.jp/shkn/](https://www.shigotozaidan.or.jp/shkn/) e-mail: itakukunren@shigotozaidan.or.jp

この障害者委託訓練は、東京しごと財団が、厚生労働省「障害者の多様なニーズに対応した委託訓練事業」を東京都から委託され実施しています

受講希望シート(A)

次のとおりに障害者委託訓練の受講を希望します 記入日 年 月 日

写真は
面接時に
提出してください
縦4.0センチメートル
横3.0センチメートル
程度
(スナップ写真可)

氏名	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)
現住所	郵便番号			
	電話	FAX	携帯	
	メールアドレス			
	最寄駅	線		駅
	バス停	徒歩		分
緊急連絡先	氏名	本人との関係	連絡先	
支援機関 通所施設 (名称・担当者)	名称			
	担当者名	連絡先		

障害種別と手帳の交付日	手帳の等級など	障害の内容 ※必ずご記入ください
<input type="checkbox"/> 身体障害 手帳交付日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級	
<input type="checkbox"/> 知的障害 手帳交付日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 () 度 <input type="checkbox"/> 判定書 ()	
<input type="checkbox"/> 精神障害 手帳交付日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 難病指定の医療受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他公的機関が交付する証明書	
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 手帳保持者は手帳名・等級を記入 () <input type="checkbox"/> 医師の診断書	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書	

このシート(A・B)両面の情報を障害者委託訓練に限定して使用することに同意します。

本人署名 _____

財団記入欄			
担当		登録	
/		/	

※受講希望シート(A)と(B)の原本を東京しごと財団までお送りください

受講希望シート(B)

氏名			
ご希望の訓練について	区分	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得訓練コース <input type="checkbox"/> 障害者向け日本版デュアルシステム <input type="checkbox"/> 実践能力習得訓練コース	
	訓練名		
	志望の動機		
必要な配慮希望等 (自由記入)			
最終学歴	在学期間		学校名・学科
	年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴 新しいものから記入 就労支援機関等の訓練や通所などもご記入ください	在職期間		仕事の内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

公共職業安定所記入欄

受付日	年 月 日	求職番号		
安定所名	公共職業安定所	担当者		
コース区分	<input type="checkbox"/> 知識・技能習得訓練コース <input type="checkbox"/> 障害者向け日本版デュアルシステム <input type="checkbox"/> 実践能力習得訓練コース			
委託先				
訓練名				
訓練開始	年 月 日 予定			
公共職業訓練 受講歴	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 修了 ・ <input type="checkbox"/> 中退) <input type="checkbox"/> なし			
	訓練期間	年 月 から 年 月		
	訓練機関		訓練名	
雇用保険	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 資格なし			
備考				