

# 令和6年度生

国立 兵庫障害者職業能力開発校  
県営

## 募集要項

### 身体障害者対象

#### 1 訓練科・定員・期間

訓練科	定員	期間
OA事務科	20名	1年
オフィスワークCAD科	15名	

訓練期間：令和6年4月9日（火）～ 令和7年3月12日（水）

訓練時間：午前9時から午後4時10分まで（1日8時限）

休校日：土曜日、日曜日、祝日、夏季休暇（約3週間）、冬季休暇（約2週間）

#### 2 応募資格

一般の職業能力開発施設での訓練受講が困難な身体障害\*があり、次の事項をすべて満たしている人

- （1）就業の意志、訓練受講に必要な意欲と習得能力を有し、職業的自立が見込める
- （2）障害（症状）が固定していて訓練受講及び日常生活に支障がなく、集団生活に適応できる
- （3）身体障害者手帳を取得している、または診断を受けている
- （4）自宅から通校でき、毎日訓練受講ができる
  - ・通校は原則として公共交通機関を利用。必要により自動車・自転車による通校を許可するが、二輪車（原付・自動二輪）は認めていない
  - ・敷地内に寄宿舎があり、通校困難、健康管理を含めた日常生活が一人でできるなどの条件を満たす場合は入寮を許可する
- （5）ハローワークで求職登録をしている

※身体障害以外の障害・身辺自立に不安のある方は、お問い合わせください。

◎詳細は、原則として居住地を所管するハローワークまたは当校へご相談ください。

#### 3 相談・施設見学

- （1）電話またはFAX（氏名とFAX番号を明記のこと）で予約の上、お越しください。
- （2）予約は、平日の午前9時から午後5時まで受け付けています。
- （3）2つ以上の障害をお持ちの場合で、他科の入校も検討されている方は、見学をお申し込みの際にお伝えください（同日の見学、応募相談も可能）

## 4 選考日程

第1回	願書受付期間	令和5年 8月22日(火)～令和5年11月 1日(水)
	選考日	令和5年11月10日(金)
	合否発送日	令和5年11月16日(木)
第2回	願書受付期間	令和5年11月17日(金)～令和6年 1月25日(木)
	選考日	令和6年 2月 2日(金)
	合否発送日	令和6年 2月 8日(木)

◎第3回選考は、第2回選考までで定員に満たない科のみ実施する。

第3回	願書受付期間	令和6年 2月 9日(金)～令和6年 3月15日(金)
	選考日	令和6年 3月22日(金)
	合否発送日	令和6年 3月28日(木)

## 5 選考内容

以下の項目により、総合評価で決定します。

- (1) 筆記試験【国語、数学】(中学校卒業程度の知識)  
◎当校ホームページ(よくある質問 Q&A)で参考例題を公開しています。
- (2) 面接試験
- (3) 作業機能試験(訓練適応、作業性を検査)
- (4) 就労に関する医師の意見書
- (5) 事前調査票

## 6 経費

- (1) 受験料、入校料、授業料は無料です。
- (2) 教科書代、検定料等の費用は自己負担です。
  - ・OA事務科 教科書代：30,000円程度(内入校時8,000円程度)  
検定料：40,000円程度
  - ・オフィスワークCAD科 教科書代：20,000円程度(入校時のみ)  
検定料：20,000円程度

## 7 応募手続き

①ハローワークで職業相談 ・原則として居住地を管轄するハローワークで訓練受講を含む職業相談を受けてください。

②ハローワークに応募書類提出 ・原則として居住地を管轄するハローワークへ「8 応募書類」を提出してください。その際、本冊子の最終ページの受付確認欄に押印を受けてください。

③入校選考 ・「5 選考内容」により実施します。

## 8 応募書類（ハローワークで受け取ってください）

応募書類	作成者	留意事項
(1)入校願書	応募者	写真貼付、裏面も記入。
(2)事前調査票		表面、裏面とも記入。
(3)身体障害者手帳の写し		住所、氏名、障害等級、障害名、交付年月日、手帳番号がわかるようにコピーする。 ◎手帳の交付を受けている方のみ提出
(4)就労に関する医師の意見書	主治医	①身体障害に係る診療科の医師に記載依頼。 〔複数の診療科での記載となる場合、一枚に集約、複数枚に分けて作成のどちらでも可。(用紙はコピー可)〕 ②身体障害以外に疾患*がある場合、その疾患に係る診療科の医師にも記載依頼。 ※生活習慣病、てんかん、高次脳機能障害、精神疾患、発達障害、感染症等


◎提出された書類については、返却いたしませんのでご了承ください。

## 入校選考日のご案内

- (1) 選考会場：当校
- (2) 受付時間：午前9時から午前9時20分まで
- (3) 当日持ち物：筆記用具、昼食\*（面接が午後の場合）
- (4) 受験票は、試験当日に受付でお渡しします  
 ※面接の順番が午後になる場合、当校から電話もしくはFAXにて連絡いたします

### ●ハローワーク受付確認欄

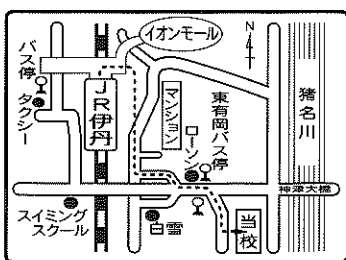
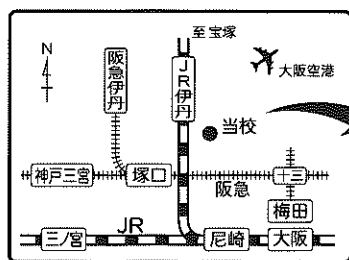
\_\_\_\_\_さんの応募書類を受け付けました。

入校選考日	受付印
<input type="checkbox"/> 令和5年11月10日	
<input type="checkbox"/> 令和6年 2月 2日	
<input type="checkbox"/> 令和6年 3月22日	
<input type="checkbox"/> 令和6年 月 日	

◎ハローワークご担当者へお願い

応募者氏名、該当する入校選考日を記入して、受付印を押印してください。

### 国立県営 兵庫障害者職業能力開発校



〒664-0845  
 兵庫県伊丹市東有岡4丁目8番地  
 TEL 072-782-3210  
 FAX 072-782-7081



ホームページ QRコード

◎当校への詳しい案内地図は、下記でご確認ください。

- ・校あんない（パンフレット）
- ・ホームページ 地図ページQRコード



# 事前調査票

年 月 日現在

ふりがな			生年月日	年 月 日	日生 ( 歳)
氏名					
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校(高等部)	校名	専攻科	年 月	
	<input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院				
職業訓練歴(※)	期 間	名 称	科 名	区 分	
	年 月～ 年 月			<input type="checkbox"/> 修了見込 <input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
	年 月～ 年 月			<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
	年 月～ 年 月			<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴(※)	期 間	勤 務 先	仕 事 内 容		
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
	年 月～ 年 月				
資格	年 月		年 月		
	年 月		年 月		
訓練受講を希望する理由					
希望する訓練科を選択した理由					
就職についての希望(職種等)					
就職活動の状況					

※新しいものから記入。

●裏面もご記入ください。



# 就労に関する医師の意見書

**要厳封**

■裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

応募者 氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
-----------	--	-----	------	-------------

## ①全員記入

主たる障害 (疾患名)	発病 受傷	年 月 日	通院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 回/月・週
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに <input type="checkbox"/> 知的 (境界域を含む) <input type="checkbox"/> 発達(ASD、ADHD、LD等) <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 音声、言語又はそしゃく機能 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能 <input type="checkbox"/> 体幹機能 <input type="checkbox"/> 内部 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
原因	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 産業災害 <input type="checkbox"/> 交通災害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
服薬	<input type="checkbox"/> 有 → { } <input type="checkbox"/> 無 { }			
症状	<input type="checkbox"/> 時期・条件により症状が変化: ↓具体的に記入 <input type="checkbox"/> 固定/安定			
生活自立 の程度	<input type="checkbox"/> 要支援: ↓具体的に記入 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家庭内 { } <input type="checkbox"/> 外出時 { } <input type="checkbox"/> 対人関係 { } <input type="checkbox"/> その他 { }			

## ②上記のほか、入校後に通院加療や訓練受講上の配慮が必要な疾患 (生活習慣病、感染症、精神疾患など) がある者のみ記入

その他疾患	発病 受傷	年 月 日	通院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 回/月・週
服薬	<input type="checkbox"/> 有 → { } <input type="checkbox"/> 無 { }			
症状	<input type="checkbox"/> 時期・条件により症状が変化: ↓具体的に記入 <input type="checkbox"/> 固定/安定			

## ③知的障害対象科 (紙色=さくら色) 応募者のみ記入 ※体育訓練の内容は裏面参照

体育訓練	<input type="checkbox"/> 制限あり: ↓具体的に記入 <input type="checkbox"/> 制限なし
------	--

## ④全員記入 (①、②、③について就労に関する総合的な意見を記入)

就労に関する意見	就労条件	<input type="checkbox"/> 要配慮事項あり: ↓必要な項目に <input type="checkbox"/> 就労困難 (以下記入不要)
	形態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 在宅就労 <input type="checkbox"/> 福祉就労 (A型事業所等)
	内容	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> デスクワーク (事務職、技術職等) <input type="checkbox"/> 作業 (清掃、調理補助、製造補助、商品補充等) <input type="checkbox"/> 営業・販売 (接客、電話応対等) <input type="checkbox"/> その他 { }
	環境	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 特定少人数 (10人程度) の環境 <input type="checkbox"/> 個別ブース
	疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 一定期間必要 <input type="checkbox"/> 特定の者のみ可 <input type="checkbox"/> 困難
	体位	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 立位での就労 (移動不可) <input type="checkbox"/> 座位での就労 (移動不可)
	時間	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 30時間/週程度 <input type="checkbox"/> 20時間/週程度 <input type="checkbox"/> その他 { } 時間/週程度
配慮事項、予想される問題点、その他参考となる意見		

上記のとおり意見する。	医療機関名
	所在地
年 月 日	医師名

# 「就労に関する医師の意見書」作成に係る注意

## ◆ご担当医様へのお願い

- ・当校は、障害のある人が知識・技術の習得により職業人として自立を目指すための職業訓練施設です。
- ・訓練実施における健康管理と事故防止を図るため、医学的見地から現症、既往症、受講上の配慮等についてのご教示と、就労に関する総合的なご意見を賜りますようお願いいたします。
- ・ご提供いただいた情報は厳重に管理し、他の目的には一切使用いたしません。
- ・**厳封**の上、依頼者(応募者)に手交してください。

## ◆記入例

就労に関する医師の意見書

**要厳封**

裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

応募者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 )
① 全員記入			
主たる障害 (疾患名)	発病 年月日	通院 回数/月・週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 該当するものに <input type="checkbox"/> 知的 (境界域を含む) <input type="checkbox"/> 発達(ASD, ADHD, LD等) <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 脳血管機能 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 音声、言語又はそしゃく機能 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能 <input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 内部 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
原因	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 交通災害 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
症状	<input type="checkbox"/> 時期・条件により症状が変化: <input checked="" type="checkbox"/> 具体的に記入 <input type="checkbox"/> 固定/安定		
生活自立の程度	<input type="checkbox"/> 要支援: <input checked="" type="checkbox"/> 具体的に記入 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家庭内 ( ) <input type="checkbox"/> 外出時 ( ) <input type="checkbox"/> 対人関係 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
② 上記のほか、入校後(通学)に必要となる配慮が必要となる疾患 (生活習慣病、感染症、精神疾患など)がある者のみ記入			
その他疾患	発病 年月日	通院 回数/月・週	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
症状	<input type="checkbox"/> 時期・条件により症状が変化: <input checked="" type="checkbox"/> 具体的に記入 <input type="checkbox"/> 固定/安定		
③ 知的障害対象科 (紙色=さくら色) 応募者のみ記入 ※体育訓練の内容は裏面参照			
体育訓練	<input type="checkbox"/> 制限あり: <input checked="" type="checkbox"/> 具体的に記入 <input type="checkbox"/> 制限なし		
④ 全員記入 (①、②、③について就労に関する総合的な意見を記入)			
就労条件	<input type="checkbox"/> 要配慮事項あり: <input checked="" type="checkbox"/> 必要な項目に <input type="checkbox"/> 就労困難 (以下記入不要)		
形態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 在宅就労 <input type="checkbox"/> 福祉就労 (A型事業所等)		
内容	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> デスクワーク (事務職、技術職等) <input type="checkbox"/> 作業 (梱包、調理補助、製造補助、商品補充等) <input type="checkbox"/> 営業・販売 (接客、電話応対等) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
環境	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 特定少数 (10人程度) の環境 <input type="checkbox"/> 補助アース		
経通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 一定期間必要 <input type="checkbox"/> 特定の者のみ可 <input type="checkbox"/> 制限		
体位	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 立位での就労 (移動不可) <input type="checkbox"/> 座位での就労 (移動不可)		
時間	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 80時間/週程度 <input type="checkbox"/> 20時間/週程度 <input type="checkbox"/> その他 ( 時間/週程度 )		
配慮事項、予想される問題点、その他参考となる意見	<p style="text-align: center;">ウ</p>		
上記のとおり意見する。	医療機関名	所在地	医師名
年 月 日			

兵庫障害者職業能力開発校

## ◆訓練の概要

訓練科	身体障害者対象科	知的障害者対象科	精神障害者対象科	発達障害者対象科
訓練形態	集合(20名程度)	集合(15名程度)	集合(5名程度)	集合(15名程度)
訓練時間	月曜日～金曜日 9:00～16:10		月曜日～金曜日 10:30～15:30 (訓練後半は9:35～)	月曜日～金曜日 9:00～15:25
訓練内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義</li> <li>・パソコン操作</li> <li>・体育〔各種障害者スポーツ〕</li> <li>・校外訓練〔企業実習等〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体育〔毎日〕</li> <li>・基礎体力作り〔ランニング、スクワット、腕立て伏せ、腹筋、縄跳び、各種スポーツ〕</li> <li>・屋外での園芸作業</li> <li>・陶芸作品の製作</li> <li>・清掃作業、各種軽作業</li> <li>・パソコン操作</li> <li>・校外訓練〔企業実習等〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労適応訓練</li> <li>・パソコン操作</li> <li>・販売管理作業</li> <li>・各種軽作業</li> <li>・環境整備作業</li> <li>・体育</li> <li>・軽めの体幹トレーニング</li> <li>・各種軽スポーツ</li> <li>・校外訓練〔企業実習等〕</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労適応訓練</li> <li>・事務処理作業</li> <li>・パソコン操作</li> <li>・販売管理作業</li> <li>・各種軽作業</li> <li>・環境整備作業</li> <li>・体育</li> <li>・各種軽スポーツ</li> <li>・校外訓練〔企業実習等〕</li> </ul>

- ア 梅雨時期、上肢(下肢)に鈍痛あり  
夏場(冬場)にうつ熱あり  
急業しないこと、適度な運動の必要あり  
睡眠不足で〇〇を誘発  
複数同時指示に対応不可  
ストレスで不眠症状出現  
てんかん、〇年前意識消失発作あり、服薬コントロール中  
短期記憶障害あり、メモを活用する必要あり
- イ 〇〇時に〇〇のため、見守り(介助)の必要あり  
〇〇を利用すれば、〇〇が可能  
急業することがあるので、服薬管理の必要あり
- ウ 症状は安定、就労について問題なし  
長時間の立位歩行は避ける  
受講や作業などに集中しようとするとう易疲労性を生じる  
〇〇のため、転倒注意  
外出時は移動に車いす使用  
〇〇のため、〇〇作業に〇〇の配慮が必要



# 身体

ハローワーク記入欄

受付番号

取扱ハローワーク  
受付印

指示予定

雇 労 支 一  
保 施 援 般  
法 法

応募書類

入 事 身 就   
校 前 体 労 主  
願 調 障 に 治  
書 査 害 関 医  
票 票 者 する 見  
手 帳 手 帳 書  
帳 写 帳 添  
の 写 付  
し 書 付

# 入 校 願 書

受験番号

※

年 月 日

兵庫障害者職業能力開発校長 様

〒

住所

電話 ( ) -

携帯 ( ) -

FAX ( ) -

ふりがな

氏名

昭和 年 月 日生 ( 歳) 性別 ( )

写真はりつけ欄

- 1 正面上半身を無帽で撮影したもの
- 2 縦4センチメートル 横3センチメートルのもの
- 3 提出の日前3ヶ月以内に撮影したもの
- 4 写真の裏に希望訓練科目および氏名を記入すること

貴能力開発校の訓練生として入校したいので、許可くださるようお願いいたします。

希望訓練科目

第1希望 科

第2希望 科

## ◎注意事項

- ・太線内の※印の欄以外はすべて記入してください。
- ・第2希望の欄は希望者のみ記入してください。
- ・裏面も記入してください。
- ・受験票は、試験当日受付にてお渡しします。

- ハローワークご担当者へのお願い
- ・募集要項の受付確認欄に押印してください。
- ・応募書類は速やかに当校へ送付してください。

## 受験に際して必要な配慮について

該当するものを○で囲んでください。(試験当日の変更は可能です)

- 1 当日の駐車場の利用 【 する ・ しない 】  
※駐車台数に限りがあるため、自動車以外の来校が困難な人のみの利用としています。

- 2 当日に使用(持参)する補装具等  
【 なし ・ 車いす〔 電動 ・ 手動 〕 ・ 補聴器 ・ ルーペ(拡大鏡)】

- 3 問題用紙の拡大を希望 【 する ・ しない 】

<b>見本</b>	《通常A4版》	《拡大A3版》
	通常文字	拡大文字

- 4 解答用紙の拡大を希望 【 する ・ しない 】  
(通常A4版、拡大A3版：書字スペースが大きくなります)

- 5 面接時のコミュニケーション手段(手話通訳は配置していません)  
【 配慮の必要なし ・ 口話法 ・ 筆談法 】

国立県営兵庫障害者職業能力開発校  
〒664-0845 伊丹市東有岡4丁目8番地  
TEL 072-782-3210  
FAX 072-782-7081