

精神障がいのある方対象の職業訓練 ワークアドバンス科 説明会

精神障がいのある方を対象とした職業訓練「ワークアドバンス科」(4月開講:1年間)の説明会を行います。訓練内容の説明や見学の他、訓練生との意見交換も予定しております。入校を考えている方も、「どんな所かちょっと知りたい」という方も、お気軽にご参加ください!

開催日時

2026年10月8日(木)
13:30~(15:30頃終了予定)

内容

職業訓練の説明と見学
訓練生との意見交換
質疑応答 など



対象

医療機関において精神障がいの診断を受けている方、
またはその家族、支援者など。

場所

大阪市職業リハビリテーションセンター (裏面参照)

定員

30名 (※先着順)

お申し込み方法等

個人からでも支援機関等からでも申し込みが可能です。
二次元コードよりお申込みいただくか、裏面申込書に必要事項を
記入しFAXでお申込みください。



申込締切日 :2026年10月5日(月)

*申込受付後、当センターより受付確認のFAXまたはメールを送信します。

*定員に達し次第、受付を終了します。

お問い合わせ・申込先 大阪市職業リハビリテーションセンター 相談室
TEL (職办代表) 06-6704-7201 (相談室直通)06-6769-7740 FAX 06-6704-7274
MAIL soudan@v-sien.org





ワークアドバンス科説明会（精神障がいのある方） 参加申込書【FAX用】

申込先 FAX：06-6704-7274

| | | | | |
|----------------|-----|--|------|--|
| 支援機関名 (学校名) | | | | ※支援機関等からの申込の方は 左の太枠内にもご記入ください (個人申込の場合は記入不要) |
| ふりがな 担当者 | | | | |
| 連絡先 | TEL | | MAIL | |
| | FAX | | | |

| | | |
|-------|---|-----------------------|
| 参加希望者 | 氏 名 (ふりがな) | *○をつけてください |
| | | 当事者・支援者・家族・その他 () |
| | | 当事者・支援者・家族・その他 () |
| 備考 | 体調や障がいの状況など、説明会中に留意しておくべき事がある方については、記入していただくか、お電話をお願いします。 | |
| | | |

申込締切 2026年10月5日(月)

*申込書に記入された個人情報は、説明会以外の目的には使用しません。