

# 入 校 願 書 (障害者対象訓練科用)

年 月 日

職業能力開発校長 殿

次のとおり貴校に入校したいので、関係書類を添えて提出します。

志望科名				科						
ふりがな				男・女	昭和 年 月 日生 ( 歳)					
氏 名					平成					
住 所	〒 (    -    )				電話 (    ) -					
最終学歴	学校名									
				科	年	月	卒業、卒業見込、中退			
保 護 者	氏 名			本人との続柄						
	現住所			〒 (    -    )			電話 (    ) -			
障害の概 要	障害部位	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	肢 体 不 自 由					
		音声言語機能障害	心臓機能障害	じん臓機能障害	上肢	下肢	体幹	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害		
					呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸の機能障害	小腸機能障害	その他		
	障害の現症状	固定・( 治療中 (服薬中も含む) )								
	知的障害の現症状									
	障害者手帳	種 別		手帳番号		障害の程度	交付年月日		対 象 訓 練 科	
身体障害者手帳		都道府県	第 号	級	昭和 平成 年 月 日		OA事務科 製図科			
療育手帳		都道府県	第 号	級	昭和 平成 年 月 日		販売科 実務科			
写真貼付  (縦4cm × 横3cm)	職歴(最終のものから)	勤 務 期 間			勤 務 先 等					
		昭和・平成	年	月	から	事業所名				
		昭和・平成	年	月	まで	職 務				
		昭和・平成	年	月	から	事業所名				
		昭和・平成	年	月	まで	職 務				
		昭和・平成	年	月	から	事業所名				
		昭和・平成	年	月	まで	職 務				
		上記の者は下記条項により公共職業訓練の受講を指示又はあつせんについて協議する。								
		指示又はあつせんの根拠								
		年 月 日								
		公共職業安定所担当官								

- 注1 該当文字を○で囲むこと。  
 2 保護者欄は、本人が成年に達している場合は、記入する必要はありません。  
 3 障害部位欄の記入は、障害が重複している場合その箇所に全部○をすること。  
 4 公共職業安定所長の指示又はあつせんによる者が提出するときは、公共職業安定所記入欄に当該公共職業安定所担当官の確認を受けること。