

入 校 願 書

千葉県立障害者テクノスクール校長 様

令和 年 月 日

1 フリガナ 氏 名		生 年 月 日 ・ 性 別 昭和・平成 年 月 日生 満 歳 男・女		
2 現住所 〒 _____ 方		自宅電話 呼 出	()-()-	方
		緊急時 呼 出	()-()-	方
3 保護者氏名 (受験者が未成年者の場合のみ記入してください)		本人との関係		
4 保護者住所 (受験者が未成年者の場合のみ記入してください) 〒 _____		自宅電話 呼 出	()-()-	方
		緊急時 呼 出	()-()-	方
5 学 歴 (最終学歴を記入してください)				
学 校 名	学部学科専攻名	所 在 地 (都道府県名)	期 間	該 当 を ○ で 囲 む
			年 月から 年 月まで	卒見込 年度 卒業 (修了) 中 退
6 職 歴 (最近のものから順に三つ書いてください)				
勤務先・部課名	職務内容	所在地 (都道府県名)	在 職 期 間	備 考 欄
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
			年 月から 年 月まで	
7 検定・資格・免許等		8 特記事項		
※ 受験番号				
写 真				
職安受付印				
正面脱帽半身像 縦4cm×横3cm 1枚貼り付け				
受験希望コース名				
(第1希望)		コース		
(第2希望)		コース		
雇用保険受給の有無		(有 ・ 無)		

(※ 受験番号は記入しないでください)

入校願書記入事項については、入校選考の目的以外に使用することはありません。

* 適切な訓練を受けるために下記項目の記入をお願いいたします。

(通所手段)

自家用車・自転車・バス・公共交通機関（最寄り駅： 線 駅）
本校までの所要時間（ 時間 分 ）

(本校の施設見学・体験入校の有無)

施設見学	無・有（ 年 月 頃 ）
体験入校	無・有（ 年 月 頃 ）

(専門校の受講歴)有の場合

訓練校名	修了年度	年度	コース名
------	------	----	------

(職業意識)

職業訓練を希望する理由	
希望する職種	

(障害状況等)該当する全ての項目に○を、また具体的にご記入ください。

障害名又は傷病名	発症時期	年 月 頃
	発症時期	年 月 頃
後遺症・合併症	無・有（ ）	
現在の通院先	通院状況	月・週 回程度
	通院状況	月・週 回程度
服薬状況	無・有	種類： 回数：朝・昼・夕・寝る前
		種類： 回数：朝・昼・夕・寝る前
		種類： 回数：朝・昼・夕・寝る前
治療歴	病院・施設名	診療科 状況
年 月～年 月		科 入院・通院
年 月～年 月		科 入院・通院
年 月～年 月		科 入院・通院
てんかん	無・有	最近の発作（ 年 月） 頻度（ 回/ か月） 服用（ 無・有）
コミュニケーション方法	特に問題なし	手話・筆談・その他（ ）
補装具等	無・有	義足・義手・杖（形状： ）
		車椅子（ 手動・電動アシスト・電動 ）
		下肢装具（ 長下肢装具・短下肢装具・その他 ）
		補聴器（ 右・左・両方 ）その他（ ）
障害者手帳	無・有 申請中 （ 年 月 ）	◎所持されている障害者手帳を全て記入してください。
		身体障害者手帳 級 年 月 日 交付・再交付
		精神障害者保健福祉手帳 級 年 月 日 交付・再交付
		療育手帳 の 年 月 日 交付・再交付

(寮) 身体に障害のある方で通校が困難な方は入寮できます。

入寮希望の有無	無・有（理由 ）
---------	----------

(その他) 入校後通院治療を必要とする疾患、職業訓練に配慮を要する疾患等がありましたら、ご記入ください。

--

(注) 記入に際しての注意事項

- 1 記入にあたってはペンまたはボールペンを使用し、インクは青または黒で記入してください。
- 2 数字は、算用数字で記入してください。
- 3 性別欄等は、該当するものを○で囲んでください。
- 4 写真は、申し込み6か月以内に上半身、脱帽、正面向きで撮影したもの（タテ4 cm、ヨコ3 cm）を1枚貼り付けてください。
- 5 記入方法が不明の場合は、千葉県立障害者テクノスクールへお問い合わせください。
- 6 公共職業安定所を通じて申し込みください。