

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 〒 -		自宅電話 呼 出	()-()-	方
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			
	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		
職安受付印		(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。