

ちばテク障害者校 オープンキャンパス 参加申込書

申込日：令和 年 月 日

1 参加者

フリガナ 氏名		性別 <small>(未記入可)</small>		生年 月日	昭和・平成 年 月 日
自宅住所	〒				
連絡先					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし			等級	
障害名 (診断名)					
参加歴	オープンキャンパス参加歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		見學歷 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
配慮事項等	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 手話通訳希望 <input type="checkbox"/> その他 ()				

2 希望日

希望	開催日	申込締切日	記入時の注意点	
	第1回 6月18日(土)	6月 3日(金)	・参加希望日に○をつけてください。 ・希望コースは、できるだけ第2希望まで記入してください。	
	第2回 10月 8日(土)	9月22日(木)		
	第3回 12月17日(土)	12月2日(金)		
希望コース	第1希望	コース	第2希望	コース
来校方法	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()		付添者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※基礎実務・短期実務コースを希望された場合、午前・午後の割り振りは専門校にお任せください。

3 所属（学校や事業所など、現在通っている所属があれば記入してください。）

所属名	(学校の場合学年)		
住所	〒		
担当者		電話	

4 参加決定通知書の送付について

参加可否について、後日参加決定通知書を郵送いたします。希望する送付先に○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	自宅
<input type="checkbox"/>	所属（学校や事業所）

【申込書送付先】

郵送 〒266-0014
 千葉市緑区大金沢町470
 千葉県立障害者高等技術専門校
 オープンキャンパス担当 宛
 メール syo-gisen@mz.pref.chiba.lg.jp