**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 | 生　年　月　日　・　性　別 |
| 氏　　名 | 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 |
|  | 正面脱帽半身像縦４cm×横３cm１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㎝、ヨコ３㎝）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。