

※ 記入例 ※  
(楷書でていねいに記入してください)

# 入 校 願 書

提出日を記入

令和 5 年 月 日

国立県営 兵庫障害者職業能力開発校長 様

希望する訓練科

実践能力習得訓練コース

No. 実 5

在宅実践訓練科Ⅱ  
(ホームページ更新に関わる業務)

・訓練コース、No.、訓練科については募集要項を参照してください

実践能力習得訓練コースは「実1」から始まります)

郵便番号 6 6 4 - 〇 〇

住 所 伊丹市東有岡〇丁目〇  
(建物名・棟・号室)

〇〇コーポ202号室

現在の居住地住所

(建物名・号室等も記入してください)

電話番号 自宅 072-XXX-XXXX 携帯 090-XXXX-XXXX

※【必須】 mail [hyousyou@〇〇〇〇.〇〇.〇〇.jp](mailto:hyousyou@〇〇〇〇.〇〇.〇〇.jp)

※注： 実践能力習得訓練コースご希望の方は、日中必ず連絡の取れる連絡先と mail アドレスのご記入をお願いします。尚、どうしても連絡がつかない場合は、受講不可とさせていただきます場合がありますのでご注意ください。

ふりがな ひょうしょう たろう

氏 名 兵障 太郎

生年月日

年齢

性別

昭和・平成 年 月 日 ( )歳 (男)・女

貴能力開発校(障害者委託訓練)に入

手帳に記されている等級・障害名を記入  
(記載されていない場合は疾病名等を記入)

※ 以下に該当する障害者以外の方は応

また、該当する欄にもご記入ください。(障害種別は〇印を記入)

No.実5	病名
<input type="radio"/> 身体障害者(上肢・下肢・内部障害)	
<input type="checkbox"/> 知的障害者	
<input type="checkbox"/> 発達障害者	
<input type="checkbox"/> 精神障害者	
<input type="checkbox"/> その他の障害者(難病等)	

いずれかに〇印を記入 (除く)

障害者手帳 または 主治医の意見書等のコピーを添付してください