

※ 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

検番号

※

令和 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  
(ホームページ関連業務)

郵便番号 664

住所 664-0845  
伊丹市東有岡〇丁目〇-〇

(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】 e-mailアドレス hyousyou@〇〇〇〇.〇〇.〇〇.jp

※注：在宅での実践能力習得訓練コースとなりますので、日中必ず連絡の取れる連絡先とメールアドレスのご記入をお願いします。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下さい。

ふりがな ひょうしょう たろう

氏 名 兵障 太郎

年齢

性別

生年月日 (昭和) ・ 平成 年 月 日

貴能力開発校(障害者委託訓練)

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

※訓練科によって対象障害が異なります

障害種別は〇印を記入

| 障害種別                                       | 障害名・病名 |
|--------------------------------------------|--------|
| <input type="radio"/> 身体障害者(上肢・下肢・聴覚・内部障害) |        |
| <input type="radio"/> 知的障害                 |        |
| <input type="radio"/> 精神障害(高次脳機能障害)        |        |
| <input type="radio"/> 発達障害                 |        |
| <input type="radio"/> その他の障害(難病 等)         |        |

(注)何らかの方法でコミュニケーションがとれて、パソコン操作ができる方。

いずれかに〇印を記入

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