

# 入 校 願 書

写真はり  
付け欄

石川障害者職業能力開発校長 様

令和      年      月      日

貴校に入校したいので、関係書類を添えて願ひ出ます。

ふりがな				昭和 平成	年	月	日生	歳
氏 名								
現住所	〒      -			電話番号 (      )      -				
連絡先	〒      -			電話番号 (      )      -				
志望訓練科	科			科				
	第1志望			第2志望				
学 歴	(最終学校名)			(科名)				
				S・H・R			年 月	
							卒業(見込) 修了(見込) 中退	
訓練・福祉更生施設経歴	施設名	部・科名		入所年月		修了・退所年月		
				S・H・R		S・H・R		
				年 月		年 月		
職 歴 (新しいものから順に)	勤務先名		勤務期間			職種及び仕事の内容		
			S・H・R 年 月から					
			S・H・R 年 月まで					
			S・H・R 年 月から					
		S・H・R 年 月まで						
		S・H・R 年 月から						
		S・H・R 年 月まで						

※障害者手帳のコピー (手帳がないときは主治医の意見書等のコピー) を添付してください。

裏面もあります

障害の概要	原因となった傷病名			
	障害部位及び状況 (身体障害者の方のみ)			
	障害の原因		①先天性 ②疾病 ③産業災害 ④交通事故 ⑤その他 ( )	
	受傷又は発病の年月日 (上記で「①先天性」の方は記載の必要はありません)		S・H・R 年 月 日 受傷・発病	
義肢装具の状況	①車椅子 ②義手 ③義足 ④松葉づえ ⑤その他 ( )			
身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳	都道府県・市	第 号	S・H・R 年 月 日交付	
	種 級			
療育手帳	都道府県・市	第 号	S・H・R 年 月 日交付	
	障害の判定(総合判定)		A ・ B	
<p>( <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 )</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の点について同意の上、入校を願い出ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本入校願書(添付書類を含む。)は返却いたしません。</li> <li>・本入校願書(添付書類を含む。)に記載された情報について、訓練実施(選考、就職支援、就職状況確認、統計作成を含む。)を目的として、石川県、公共職業安定所、石川労働局及び厚生労働省の間において利用します。なお、この個人情報を目的外に利用することはありません。</li> <li>・訓練受講後の就職状況を把握するため、石川県からご本人、就職先、公共職業安定所に確認を行う場合があります。</li> </ul>				
公共職業安定所記入欄	公共職業安定所名		受付年月日	令和 年 月 日
	担当者	(石川県内の安定所の場合、記載省略可)	区分	<input type="checkbox"/> 受講指示(労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則 第 条 第 項 第 号 ) 予定 <input type="checkbox"/> 受講指示(雇用保険) 予定 <input type="checkbox"/> 支援指示(職業訓練受講給付金) 予定 <input type="checkbox"/> 受講推薦予定
	電話番号	(石川県内の安定所の場合、記載省略可)		
保 護 者 (未成年の応募者のみ記入)				
ふりがな			昭和 平成 年 月 日生	歳
氏名				
現住所	〒 - 電話番号 ( ) -			
本人との関係				