

# 神奈川県障害者職業能力開発校入校申込書

※※受験番号	
--------	--

希望職系 ・コース				写真 タテ3.0cm×ヨコ2.5cm 「3箇月以内に撮影したもの」
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	〔6箇月以上のコースの申込者のみ、裏面に氏名を記入の上、貼り付けてください。〕
氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
現住所	郵便番号 ( - )			
	電話 ( ) ファクシミリ ( )			
勤務先 (事業所) の概要	事業所名	業種		
〔在職中の方のみ記入してください。〕	所在地	郵便番号 ( - )		従業員数 <input type="checkbox"/> 29人以下 <input type="checkbox"/> 30人～99人 <input type="checkbox"/> 100人～299人 <input type="checkbox"/> 300人～499人 <input type="checkbox"/> 500人～999人 <input type="checkbox"/> 1000人以上
	職種	経過年数		

最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校前期課程 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中等教育学校 <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 ( )	部科	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	雇用保険の受給状況等 <input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付の受給資格有り 〔 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 未手続〕 <input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付の受給資格なし <input type="checkbox"/> 在職中
職業訓練等の状況	<input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 専修 <input type="checkbox"/> 各種	(履修科目等)	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	
職歴 〔新しいものから順に記入してください。〕	在職期間	仕事の内容		
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			
	年 月～年 月			

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	都道府 県市	第 号	年 月 日交付	障害の級別・程度
--	-----------	-----	---------	----------

入寮希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
------	--

※ 受付年月日	年 月 日
※ 受付番号	第 号
※ 受付機関	
※ 備考	入校選考 検査日 月 日 面接日 月 日

備考 1 のある欄は、該当する内に $\Delta$ 印を記入してください。

2 ※印欄は、記入する必要はありません。

記入上の注意事項

1 太線の枠内のみ必要事項を記入してください。

(切り取り線)

## 神奈川県障害者職業能力開発校

### 入校選考受付票

氏名		※※受験番号	
希望職系 ・コース	コース		

※ 受付年月日	年 月 日
※ 受付番号	第 号
※ 受付機関	
※ 備考	入校選考 検査日 月 日 面接日 月 日

(この受付票は、入校選考日に持参してください。)

# 記入例

第1号様式（第8条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）  
**神奈川県障害者職業能力開発校入校申込書** ※※受験番号

希望職系・コース	ビジネス実務			※※受験番号	
ふりがな	か な げ わ ち ろ う	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※※受験番号	
氏名	神奈川 太郎	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇歳)	※※受験番号	
現住所	〒118-0000 神奈川県相模原市〇〇区〇〇 〇〇-〇〇				※※受験番号
勤務先(事業所)の概要	事業所名	郵便番号	業種	従業員数	
所在地	電話	ファクシミリ			
職種	経験年数				
最終学歴	職業訓練等の状況	職歴	在職期間	仕事の内容	雇用保険の受給状況等
〇中学 <input type="checkbox"/> 〇高校 <input type="checkbox"/> 〇大学 <input type="checkbox"/> 〇専門学校 <input type="checkbox"/> 〇短大 <input type="checkbox"/> 〇職業訓練 <input type="checkbox"/> 〇その他 <input type="checkbox"/>	〇職業訓練 <input type="checkbox"/> 〇専修 <input type="checkbox"/> 〇その他 <input type="checkbox"/>	〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月	〇〇年〇〇月～〇〇年〇〇月	一報事務	<input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付の受給資格あり <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 未手続 <input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付の受給資格なし <input type="checkbox"/> 在職中
入寮希望	〇希望する <input type="checkbox"/> 〇希望しない <input type="checkbox"/>		※受付年月日	年 月 日	
備考	1 〇のがある欄は、該当する〇内にレ印を記入してください。 2 ※印欄は、記入する必要はありません。 記入上の注意事項 1 太線の枠内のみに必要な事項を記入してください。		※受付番号	第 号	
			※受付機関		
			※備考	入校選考 月 日 面接日 月 日	

神奈川県障害者職業能力開発校  
**入校選考受付票** ※※受験番号

氏名	神奈川 太郎	※受付年月日	年 月 日
希望職系・コース	ビジネス実務	※受付番号	第 号
		※受付機関	
		※備考	入校選考 月 日 面接日 月 日

(この受付票は、入校選考日に持参してください。)

●希望コース名を記入してください。

●現住所は選考結果の送り先となりますので、丁寧に記入してください。

●該当する手帳の情報を記入してください。

●身体障害者手帳の交付を受けている方のみ、記入してください。

●ハローワーク担当の方が記入

●ハローワーク担当の方が記入

**(注) ハローワーク担当の方へ**

- 受付年月日：ハローワークでの受付日
- 受付番号：ハローワークでの受付番号
- 受付機関：ハローワーク名
- 備考：入校選考 検査日、面接日
- ※の項目についてはハローワーク担当の方が記入してください。
- ※※の項目は空欄のままにしてください

**(お願い)**

- 検査日及び面接日について、受付時、本人に入校選考受付票を渡す前に当校へ電話にて確認してください。
- 氏名、連絡先、希望コース、手帳の種類、障がいの級別・程度、車イス利用の有無、入寮希望の有無をお知らせ願います。
- 切り取り線より下の部分を本人に渡してください。
- なお、受付された入校申込書は診断書及び社会生活状況確認票と共に、速やかに送付願います。

○入校選考初日の受付

受付時間 午前8時30分～午前8時50分  
 受験番号及び面接時刻は入校選考初日に、お伝えします。

○緊急時の連絡先

電話 042-744-1243 (代表)  
 ファクシミリ 042-740-1497

備考

個人情報については「個人情報の保護に関する法律」により取り扱い、入校選考及び訓練を実施する目的以外に使用することは一切ありません。



第1号様式

てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ①発作のタイプ イ 意識障がいはないが随意運動が失われる発作 ロ 意識を失い、行動が途絶するが倒れない発作 ハ 意識障がいの有無を問わず、転倒する発作 ニ 意識障がいを呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ホ その他（以下に具体的にお書きください） [ ]	②発作の頻度 ( ) 回/月、または ( ) 回/年 ③最終発作 年 月 日 ④発作時の対応及び処置 [ ]
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 処方内容	
通院	<input type="checkbox"/> 有 ____ 回/____ か月 <input type="checkbox"/> 無	他科の通院 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 科 <input type="checkbox"/> 無

※以下の項目は検査結果を可能な限り記入してください。

血圧 / mmHg	尿検査 蛋白 ( ) 糖 ( )
-----------	------------------

視力及び視野 ※視覚障がい者のみ -新たに検査できない場合は、手帳からの転記も可- 視力 : 右 左 視野 : 右 度 左 度 損失率 : 右 % 左 %	聴力 ※聴覚障がい者のみ -新たに検査できない場合は、手帳からの転記も可- 聴力 : 右 dB 左 dB 語音明瞭度 : 右 % 左 %
--	--

※以下の項目は該当する箇所をチェックして必要な箇所に記入してください。

障がいの種類	<input type="checkbox"/> 視覚 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 聴覚 ( 右 左 ) 又は平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声、言語又はそしゃく機能 <input type="checkbox"/> 上肢機能 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢機能 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 体幹機能 <input type="checkbox"/> 上肢切断 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢切断 ( 右 左 ) <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能 <input type="checkbox"/> 内部機能 ( 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓 ) <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 高次脳機能障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------	--

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障がい名 ※手帳に記載の障がい名を記入してください。	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障がいの程度 (総合判定) ( )
	等級 ( ) 級	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 等級 ( ) 級

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

科

医師氏名

印

※ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を持参の上、該当する科の医師に記入を依頼してください。複数の手帳をお持ちの方は、それぞれ該当する科の医師に記入を依頼してください。

※ 他科に通院している方で、職業訓練を受ける上で配慮が必要な方は、該当する科で診断書（診断名、病状経過、治療内容等）を発行してもらい、併せて提出してください。なお、この場合、診断書の様式は問いません。

※ 個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」により取り扱い、入校選考及び訓練を実施する目的以外に使用することはありません。

## 社会生活状況確認票

入校希望者氏名 \_\_\_\_\_

1 現在、あなたの日常生活等を支援している機関(学校含む)はありますか。  
\*主治医とハローワークは除く

有      無

2 1で「有」とした方、具体的な支援機関にチェックしてください。(複数回答可)  
障害者職業センター   障害者就業・生活支援センター   就労援助(支援)センター  
就労移行支援   就労継続A型   就労継続B型   作業所   デイケア(医療機関等)  
地域活動支援センター   相談支援事業所   学校   その他( )

3 1で「有」とした方は、以下の項目に関して、最も身近な支援機関の方(2でチェックした中の1機関)に記入を依頼してください。

○ 現在の支援機関

支援機関名 (学校名)			
代 表 者		担当者(自署)	
支援機関住所 及び電話番号	〒		
	電話 (            )            -		

○ これまでの支援機関の利用状況      ※ 支援機関とは医療・保健・福祉・就労支援などを指します。  
 利用機関が多い場合は、最近の利用状況をお書きください。

利用機関名	支援内容	利用期間	利用頻度
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
		年 月～ 年 月	回/週
障害者手帳：      級      ・      無		障害年金：      級      ・      無	自立支援医療： 有      ・      無

○ 現在の状況

①最近の日中活動状況について      ※ 週○日、1日○時間、活動内容等できるだけ詳しくお書きください。

**記入漏れ注意**

**裏面あり**

②最近の精神面の状況について	※ 最近（概ね6か月）の心身の状態、安定度、不安となる場面やことから、自傷行為の有無等についてお書きください。
③生活上の配慮事項について	※ 生活リズムの崩れやすさ、睡眠状況（不眠）、通院の中断、怠業、疲労感、感情コントロール、うつ状態、人間関係（家族関係含）等をお書きください。

○ 地域における支援機関 ※ 職業訓練期間中並びに修了後に、貴機関と共に社会生活面での支援をお願いできる機関がございましたら、その機関名と支援内容をお書きください。

例：相談支援事業者・保健所・医療機関（デイケア）・就労移行支援事業者等・就労支援機関・その他

名 称	支援内容

※ 支援機関の方が記載した内容について、ご本人が内容を確認してから自署してください。

氏 名(自署) \_\_\_\_\_

※ 個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」により取り扱っており、皆様の個人情報については、入校選考及び訓練を実施する目的以外に使用することはありません。