

平成29年度 一日技能教室参加申込書

平成29年 月 日

神奈川県障害者職業能力開発校長殿

●参加希望日を1つ選んで、を付けてください。

| | |
|--------------------------------------|---|
| ビジネスキャリアコース 【身体障害又は知的障害の方】 | <input type="checkbox"/> 7月18日(火) <input type="checkbox"/> 7月20日(木) <input type="checkbox"/> 7月21日(金) <input type="checkbox"/> いつでも構わない |
| 総合実務コース 【知的障害の方】 | <input type="checkbox"/> 7月18日(火) <input type="checkbox"/> 7月21日(金) <input type="checkbox"/> いつでも構わない |
| 身体障害の方 【ビジネスキャリアコース以外】 | <input type="checkbox"/> 7月20日(木) |

●個人での申込の方は、ご自宅の連絡先を、団体での申込の方は、学校等の連絡先・担当者名をご記入ください。
また学年等・障害状況等は該当にを付けてください。

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| 連絡先 | 住所 | | |
| | 電話番号 | FAX番号 | |
| 学校名(一般の方は不要) | | | |
| 担当者名(個人の方は不要) | | ふりがな | |
| 希望コース名 | | | |
| 氏名 | ふりがな | | |
| 学年等 | <input type="checkbox"/> 中学生(1・2・3年) <input type="checkbox"/> 高校1年 <input type="checkbox"/> 高校2年 <input type="checkbox"/> 高校3年 <input type="checkbox"/> 一般 | | |
| 障害状況等 | <input type="checkbox"/> 聴覚に障害有り ⇒ 手話通訳者の配置を希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 車椅子使用 | <input type="checkbox"/> 下肢に障害が有り、車での来校を希望 | |

●団体(2名以上)申込みの場合は、下記にご記入をお願いいたします。
(4名を超えるお申込みは、本用紙をコピーしてご利用ください。)

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 希望コース名 | | | |
| 氏名 | ふりがな | | |
| 学年等 | <input type="checkbox"/> 中学生(1・2・3年) <input type="checkbox"/> 高校1年 <input type="checkbox"/> 高校2年 <input type="checkbox"/> 高校3年 <input type="checkbox"/> 一般 | | |
| 障害状況等 | <input type="checkbox"/> 聴覚に障害有り ⇒ 手話通訳者の配置を希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 車椅子使用 | <input type="checkbox"/> 下肢に障害が有り、車での来校を希望 | |
| 希望コース名 | | | |
| 氏名 | ふりがな | | |
| 学年等 | <input type="checkbox"/> 中学生(1・2・3年) <input type="checkbox"/> 高校1年 <input type="checkbox"/> 高校2年 <input type="checkbox"/> 高校3年 <input type="checkbox"/> 一般 | | |
| 障害状況等 | <input type="checkbox"/> 聴覚に障害有り ⇒ 手話通訳者の配置を希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 車椅子使用 | <input type="checkbox"/> 下肢に障害が有り、車での来校を希望 | |
| 希望コース名 | | | |
| 氏名 | ふりがな | | |
| 学年等 | <input type="checkbox"/> 中学生(1・2・3年) <input type="checkbox"/> 高校1年 <input type="checkbox"/> 高校2年 <input type="checkbox"/> 高校3年 <input type="checkbox"/> 一般 | | |
| 障害状況等 | <input type="checkbox"/> 聴覚に障害有り ⇒ 手話通訳者の配置を希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | <input type="checkbox"/> 車椅子使用 | <input type="checkbox"/> 下肢に障害が有り、車での来校を希望 | |

- 個人情報については、一日技能教室を実施する目的以外に使用することは一切ありません。
- 障害状況等については、事前準備のために確認をする場合がございます。
- この申込書と返信はがき(団体の方は返信用封筒も)を同封して、必ず郵送でお申込みください。
- 来校する際は、公共交通機関のご利用をお願い致します。