

第1号様式

第1号様式（第5条、第6条関係）

神奈川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	第1希望 系	コース		写 真 タテ 3.0 cm×ヨコ 2.5 cm 「3箇月以内に撮影したもの」 〔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。〕		
	第2希望 系	コース				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
氏名		生年月日	年 月 日	(歳)		
現住所	郵便番号 (-)					
	電話 () FAX ()					
勤務先(事業所)の概要 <small>(在職中の方のみ記入してください。)</small>	事業所名	業種				
	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	経験年数				

(以下の欄は、6箇月以上のコースの申込者のみ記入してください。)

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 <small>(新しいものから順に記入してください。)</small>	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 縣市	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
---------	--

備考 1 □のある欄は、該当する□内に△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。

※ 課 程	<input type="checkbox"/> 普通課程 <input type="checkbox"/> 短期課程
※ 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

(切り取り線)

神奈川障害者職業能力開発校

入校選考受付票

		※ 受験番号			
氏名					
希望職系・コース	第1希望 系	コース			
	第2希望 系	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 学力検査日 月 日 面接日 月 日

診 断 書

(応募用)

(ふりがな) 氏 名	男・女	住所	〒 ー
生年月日	年 月 日 (才)		
障がいに関する 診断名		合併症 又は 二次障 がい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳
障がいの 原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他の事故 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 周産期 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不詳	既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
障がいの 発生	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳	アレルギー 喘息	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

経 過

現在の病状、
症状

(精神障がいの場合は、特に疾患名、発病時期、精神科等受診歴(※初診(発病時)からこれまでの経過の概要を含めて)を記入してください。)

職業訓練や就業に関する総合所見、コミュニケーション能力、及び健康管理上の留意事項

(職業訓練期間中またその後の就労において、以下に✓をお願いします。また症状の悪化とその対処方法等も含め具体的に記入してください。)

- 職業訓練や就業について、特に支障はない
- 配慮を要する事項がある(配慮事項について、以下にお書きください)

()

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、「神奈川県個人情報保護条例」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。

裏面あり

記入漏れ注意

第1号様式

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がら、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、怠薬、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、「神奈川県個人情報保護条例」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。