

神奈川県能力開発センター入所申込書

入所申込書は、居住地を管轄する公共職業安定所の専門援助部門に本人、保護者同伴のうえ提出してください。

科名	職業基礎科					
ふりがな						
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	性別	男・女
保護者名						
現住所	〒 神奈川県					
電話番号	() - () - ()					
(携帯番号)	() - () - ()					
最終学歴	学校名 (正式名称で、部や分教室名まで正確にご記入ください)			卒業	年月	卒業見込
現役生の方※ (卒業見込の方)			既卒・社会経験のある方※ (卒業・中退の方)			
進路担当教諭名 又は担任名			担当の福祉機関名			
学校住所	〒		担当者名			
			申込者の職歴	年 月		
療育手帳 又は 知的障害児(者)判定書	有 ・ 無 (理由:)					
身体障害者手帳	有 (等級: 級 部位:) ・ 無					
精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無 (理由:)					

写真を貼る位置
縦4cm
横3cm
(本人単身胸から上で
3か月以内に撮影した
もの)

※現役生の方は、進路担当教諭又は担任の先生に面接への同席依頼をいたしますので、必ずご記入ください。また、既卒の方は、担当福祉ケースワーカーもしくは、相談支援機関の方に面接への同席依頼をいたします。

受付年月日	年 月 日
受付職安名	公共職業安定所
整理番号	

●この個人情報は、入所選考及び訓練に関する業務以外に使用することは一切ありません。