

Eコース（職域開拓コース）

精神・発達障害者対象体験入校参加申込書

千葉県立障害者高等技術専門校長 様

下記のとおり体験入校を申し込みます。

平成29年 月 日

| | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|----|-----|------|----------|----|---|---|
| 体験期日 (希望する回に○をつけてください) | 第1回：平成29年 6月10日(土)・11(日) | | | | | | | |
| | 第2回：平成29年 7月 8日(土)・ 9(日) | | | | | | | |
| | 第3回：平成29年 9月16日(土)・17(日) | | | | | | | |
| | 第4回：平成29年10月14日(土)・15(日) | | | | | | | |
| | 第5回：平成29年12月 2日(土)・ 3(日) | | | | | | | |
| フリガナ 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 | | | | | 年齢 | 歳 | |
| 電話 | 日中連絡がとれる連絡先(携帯可) | | | | | | | |
| 学校名 | <small>在校中の方は御記入ください</small> | | | | | | | |
| 来校手段 | 電車・バス・徒歩・自転車・バイク・自動車・その他() | | | | | | | |
| 障害名 | 統合失調症・気分障害・てんかん・発達障害・その他() | | | | | | | |
| 手帳の有無 | 精神保健福祉手帳 有 ・ 無 ・ 申請中 | | | | | | | |
| 手帳の等級 | 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ その他() | | | | | | | |
| 特記事項 | 車イス・補聴器・その他() | | | | | | | |

※電話連絡の後にこの申込書を御送付ください。

※職域開拓コース(Eコース)の体験入校については、通年で申し込みを受け付けますが、各回とも開催2週間前の金曜日(正午)で受付を終了します。

※申し込み者が少ない時は中止とし、他の回に変更をお願いすることもあります。

送付先：〒266-0014 千葉市緑区大金沢町470

千葉県立障害者高等技術専門校

TEL 043-291-7744

FAX 043-291-7745

体験入校担当あて