

岐阜県立障がい者職業能力開発校入校願書

岐阜県立障がい者職業能力開発校長 様

年 月 日

志 望 科	第 1 志望	科	受験番号	※
	第 2 志望	科	性 別	写真 縦4cm×横3cm  上半身 無帽 正面向き 無背景
ふりがな				
氏 名				
生年月日	年 月 日	年 齢	歳	
現 住 所	〒 電話番号（ ）－ 携帯電話番号－			
選考結果 通 知 先	(現住所と同じ場合は、記入不要です。) 〒 電話番号（ ）－ 携帯電話番号－			
最 学 終 歴	(学校名)	(学部・学科名)		寄 宿 舎 入 舎 希 望
	年 月 日 卒業見込 ・ 卒 業			有 ・ 無
最 職 終 歴	勤務先名	仕事の内容	期 間	
			年 月 ～ 年 月	
障がい者 手 帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 度) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( 級)		服 薬  <div>( )</div>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名  <div>( )</div>
通 院	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 回／週 ・ 月 ・ 年 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他科の通院 ( ) 科			

注 1 ※欄は記入しないでください。

公共職業安定所記入欄（該当するものに、○印をつけてください。）

受 付 日	区 分	援 護 措 置
※ 年 月 日	※ ・ 受講指示  ・ 受講推薦  ・ 支援指示  ・ その他  ( )	※ ・ 雇用保険法  ・ 労働施策総合推進法  ・ 求職者支援法  ・ その他 ( )
安 定 所 名		
※ 公共職業安定所		
担 当 者 名		
※		

受験票

受 験 番 号	※	
ふ り が な		
氏 名		
志 望 科	第 1 志望	科
	第 2 志望	科
選 考 日 時	※ 年 月 日 ( ) 時 分から	
選 考 会 場	岐阜県立 障がい者職業能力開発校	

<選考当日の注意事項>

- 1 受付開始 午前 9 時 0 0 分  
午前 9 時 25 分までに受付を済ませ、選考会場の自分の受験番号の席に着席してください。
- 2 受験票、筆記用具などを必ず持参してください。

写真  
縦4cm×横3cm  
上半身  
無帽  
正面向き  
無背景  
(入校願書と同じ写真)

(受付印のないものは無効)

※