

第46回全国障害者技能競技大会 地方大会未実施競技参加希望者登録票

① 氏 名	(フリガナ)		② 生 年 月 日	③ 年 齢
			昭和 ・ 平成 年 月 日	才
④ 現 住 所	〒 ー		電 話 : Eメール :	
⑤ 勤務先又は 所属機関名			a. 一般企業等 b. 特例子会社 c. 能力開発施設 d. 福祉施設 e. 特別支援学校 f. その他	
⑥ 上 記 ⑤ の 所 在 地	〒 ー		電 話 : Eメール :	
⑦ 手帳等 の 取 得 状 況 等	第 種 級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医や産業医による診断書・意見書		
	身体障害	<障害種別> <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声/言語 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他の障害()		
	知的障害	第 種 度	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳、愛の手帳 等) <input type="checkbox"/> 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターにより知的障害があると判定されたことを証明できる書類 等	
精神障害	第 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳がない方のうち、統合失調症、そううつ病又はてんかんの診断を主治医、産業医等から受けている場合は、そのことを証明できる書類		
⑧ 参加を希望する全国 大会技能競技種目名				
⑨ 有するスキル・経験等 ※該当箇所全てに記載を お願いします。	<input type="checkbox"/> 全国アビリンピックへの参加・入賞実績 ※複数回参加、入賞実績のある場合は任意様式にて全て記載してください。 なお、記載する実績は、今大会で参加を希望する技能競技種目と同種目の実績に限ります。 【 大会:第 _____ 回全国障害者技能競技大会 受賞:_____ 賞 】			
	<input type="checkbox"/> 国際アビリンピックへの参加実績 【 有 ・ 無 】			
	<input type="checkbox"/> 競技に関連する職務への従事経験2年以上 【 従事年数:計_____年 】			
	<input type="checkbox"/> 参加希望技能競技種目に関連する資格の保有 取得している資格の名称 【 _____ 】			
	<input type="checkbox"/> 参加希望技能競技種目に類似するコンテスト・技能競技大会等での入賞実績 【 類似するコンテスト・技能競技大会等の規模: _____ 全国大会 ・ 地方大会 】 【 具体的な大会名: _____ 受賞:_____ 賞 】			
	<input type="checkbox"/> 参加希望技能競技種目に関連する学習・訓練経験(訓練校、特別支援学校、就労支援機関を含む) ※学習・訓練経験が複数ある場合は、任意様式にて所属先・学科名、経験年数を全て記載してください。 【 所属先・学科名 _____ 】 【 学習・訓練経験年数:計_____年 】			
	<input type="checkbox"/> 所属する企業、業界団体からの推薦(一般企業、特例子会社) <input type="checkbox"/> 所属する施設からの推薦(訓練校、特別支援学校、就労支援機関 等)			

