

■エル・チャレンジ 清掃技能講習会参加申し込み《訓練生用》

氏名(ふりがな)	男 ・ 女 年 月 日生 才
住所 〒 電話	
<p>●訓練計画策定のためお聞きします (守秘義務は守りますので、できる限り詳しく記入してください。)</p> <p>■障害者手帳等の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 種 級 ・療育手帳 A ・ B 1 ・ B 2 ・精神保健福祉手帳 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・無し／その他 () <p>■重複障害が</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ある ・ない <p>「ある」の方は、具体的には？ _____</p> <p>■通院先病院名と主治医名</p> <p>病院名： _____</p> <p>主治医： _____</p> <p>■服薬している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・はい ・いいえ <p>■その他特記事項がありましたらお書きください</p>	

「送出し団体及び緊急連絡先」

送出し団体		担当者	
住所／電話	TEL _____		