■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	

●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。）

■障害者手帳等の有無　・身体障害者手帳　　種　　級

・療育手帳　　Ａ　・　Ｂ１　・　Ｂ２

・精神保健福祉手帳　　１級　・　２級　・　３級

・無し／その他（　　）

■重複障害が　　・ある　　・ない

「ある」の方は、具体的には？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■通院先病院名と主治医名
病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主治医：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■服薬している　　・はい　　・いいえ

■その他特記事項がありましたらお書きください

「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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		