■２０１８年 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 日生まれ 才 ゴム手袋のサイズ（SS ・ S ・ M ・ L ・ LL）

住 所 〒

電話番号

訓練計画策定のため、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（ ）

■通院先病院名と主治医名 ※講習中の万が一の場合に備えてになります。

病院名： 連絡先

主治医：

■服薬している ・はい ・いいえ

■その他特記事項などがありましたらお書きください

【必須】「送出し団体及び緊急連絡先」

送出し団体		担当者	
住所/電話	電話番号		

FAX ０６－６９２０－３５２２