

# 福祉サービス（就労移行支援）利用申込書

ふりがな			性別
利用希望者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生（ 歳）		
住所	〒 — —		
TEL	自宅（ — — ） 携帯電話（ — ） メール（ ）		
手帳の種類	1. 療育手帳 障害の程度 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
	2. 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		
利用または登録している施設	<input type="checkbox"/> 就労支援センター <input type="checkbox"/> 生活支援センター <input type="checkbox"/> その他	名称： 住所： 電話： 担当者：	
施設の利用の目的は何ですか			
就職についてどのように考えていますか			

うらにつづく

最終 学歴	在学期間	校名		
	年 月～ 年 月			<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 卒業見込
職歴  または  福祉 施設歴	在職期間	会社（施設等）の名称	仕事の内容	
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
障害の内容（具体的に記入してください）				
服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
障害発生 <input type="checkbox"/> 中途 <input type="checkbox"/> 先天		障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
希望する 利用開始日	平成 年 月 日			
希望する利用日数 (1週間)	<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日 <input type="checkbox"/> 3日 <input type="checkbox"/> 4日 <input type="checkbox"/> 5日			
緊急連絡先	氏名： 本人との関係（ ）			
	電話：	携帯電話：		
お願い	(1) 手帳をお持ちの方は、手帳のコピーを添付してください。 (住所、氏名、障害の程度が記載されているページ)			
	(2) 障害福祉サービス受給者証の交付を受けてある方は、受給者証のコピーを添付してください			
	(3) 精神障害者保健福祉手帳所持者及び心療内科、精神科へ通院中の方は、後日、主治医の意見書を提出していただくことがあります。			