

入 所 申 請 書

令和 年 月 日

国立職業リハビリテーションセンター所長 殿

私は、このたびセンターに入所を申請いたします。

写 真
30mm×25mm

裏面に名前を
記入してくだ
さい。

| | | | |
|------------------------|--|--|----------------------------------|
| フリガナ | | 性 別 | |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 年 月 日 (歳) | | |
| 住 所 | 〒 — 電話 () — ※国立障害者リハビリテーションセンター(障リハ)に入所中あるいは入所予定の方は、宿舍の棟、室番号、入所日をお書きください。また、障リハ(就労移行支援等)をご自宅から通所しながら利用されており、当センターの訓練に際しても通所を予定されている方は、通所に○をおつけください。 令和 年 月 日利用開始(予定) 【通所】・【棟 号室】 | | |
| 通 所 手 段 | a. 国立障害者リハビリテーションセンター 宿 舎 b. 電車・バス (自宅最寄駅 線 駅: バス停留所) c. その他 () ※自動車、バイクによる通所は下肢障害等により公共交通機関の利用ができない方に限ります。 職業リハビリテーションセンターまでの所要時間 (時間 分) | | |
| 障害名・病名 (手帳の記載内容) | (級・度) | | |
| 障害者手帳等 | a. 身体障害者手帳 b. 療育手帳 c. 公的機関の判定書 d. 精神障害者保健福祉手帳 e. 主治医の意見書 f. その他 () 手帳取得日 (昭和・平成・令和 年 月 日 ・ 申請中) ※手帳をお持ちの方は、手帳の写しを併せてご提出ください。 | | |
| 受 障 原 因 | a. 先天的 b. 疾病 c. 交通災害 d. 労働災害 e. その他 () 受障年月日 【 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳時) 】 | | |
| 重複の障害状況 | 上記の障害のほかに重複の障害がある方は、○印を付けてください。 a. 身体障害 b. 難病 c. 高次脳機能障害 d. 発達障害 e. 精神障害 f. 知的障害 aからfの診断名 () | | |
| 希望する訓練科 | 科 | コース | |
| 職業訓練を希望する理由 | ここには、現時点の希望コースをご記入ください。 | | |
| 就職についての希望(職種等) | | | |
| 併 願 | 有 ・ 無 | ※「有」の場合は併願先をご記入ください。 a. 就職活動中 b. 他の職業訓練を申請(予定) c. その他 () | |
| 応 募 回 | ご希望される時期に○印を付けてください。 | | |
| ※日程については、募集要項をご参照ください。 | 第1回 | 第2回 | 第3回 第4回 第5回 第6回 第7回 第8回 第9回 第10回 |

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(代筆者氏名: 本人との関係:)

入 所 申 請 書

令和 年 月 日

| | |
|-----|--|
| 氏 名 | |
|-----|--|

<学歴・職業訓練受講歴> ※新しい学歴・受講歴から順に和暦でご記入ください。

| 在 学 期 間 | 学 校 名 ・ 訓 練 校 名 | 学 科 ・ 科 目 | 出 席 状 況 | 区 分 |
|------------------------------------|-----------------|-----------|------------------------|----------|
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | 欠席なし 欠席あり (通算 日) | 在学・中退・卒業 |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | 欠席なし 欠席あり (通算 日) | 在学・中退・卒業 |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | 欠席なし 欠席あり (通算 日) | 在学・中退・卒業 |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | 欠席なし 欠席あり (通算 日) | 在学・中退・卒業 |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | 欠席なし 欠席あり (通算 日) | 在学・中退・卒業 |

<職 歴> ※新しい職歴から順に和暦で記入ください。

| 在 職 期 間 | 事 業 所 名 | 仕 事 の 内 容 | 離 職 理 由 |
|------------------------------------|---------|-----------|---------|
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |

<治療歴・施設利用歴> ※新しい治療歴・施設利用歴から順に和暦でご記入ください。
※国立障害者リハビリテーションセンター入所中または入所予定の方は1行目にご記入ください。

| 治 療 ・ 在 籍 期 間 | 病 院 ・ 施 設 名 | 治 療 ・ 作 業 の 内 容 | 入 院 (入 所) ・ 通 院 (通 所) |
|------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------------|
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |
| S H R 年 月 ~ H R 年 月 | | | |

(注) 記入が困難な方は、代筆でもかまいません。(代筆者氏名: 代筆の場合は本人との関係:)

国立職業リハビリテーションセンター

切り取り線

身体障害・難病のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

知的障害のある方対象

