

# 入 所 申 請 書 ①

平成 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  
25mm×30mm

裏面に名前を  
記入してくだ  
さい。

フリガナ		性別	利き手
氏名		男・女	右・左
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 - 電話 ( ) -		
	※障害者リハビリテーションセンターに入所中あるいは入所予定の方は、障りハ宿舍の棟、室番号、入所日をお書きください。 棟 号室 ( 月 日 入所)		
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 (最寄駅・バス停 線 駅・停留所) c. その他 ( ) ※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 ( 年 月 日)		
受障原因	a. 先天性    b. 疾病    c. 交通災害    d. 産業災害    e. その他 ( )		
受障年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳時)		

応募枠	a. 身体障害    b. 高次脳機能障害    c. 精神障害    d. 発達障害    e. 知的障害		
応募回 (身体障害・高次脳機能障害で応募される方のみご記入ください)	身体障害	高次脳機能障害	
	①第1回 ②第2回 ③第3回 ④第4回 ⑤第5回 ⑥第6回 ⑦第7回 ⑧第8回	①第1回 ②第2回 ③第3回 ④第4回	
※日程については、募集要項をご参照ください。希望される回に○印を付けてください。			
希望する職業訓練	科	コース	
※精神障害、発達障害、高次脳機能障害、知的障害の方は、入所後、導入訓練の結果に基づいて最終的な訓練コースを決定します。ここには、現時点の希望コースをご記入ください。			
職業訓練を希望する理由			
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      b. 職業訓練      c. その他 ( )	

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

## 個人情報のお取り扱いについて

当センターの職業評価の際にお伺いするあなたの個人情報は、以下のとおり取り扱います。

1. 個人情報に関する当センターの基本的姿勢	当センターは、独立行政法人等個人情報保護法及び当機構の定める「個人情報の取扱いに関する規程」「情報セキュリティポリシー」「個人情報保護法開示請求等の事務処理要領」に従い、利用者の個人情報を適正に取扱い、その権利利益を保護します。
2. 当センターが職業評価の際、保有する個人情報	① 当センターは、あなたの属性や障害状況、職業評価結果等の個人情報を有しています。 ② ①の情報は当センターのデータベース及び文書ファイルに綴り管理しています。
3. 個人情報の利用目的	あなたの個人情報は、職業能力等の評価及び入所決定する際の検討資料として利用します。また、見学者の統計資料の作成に利用します。 入所可となった場合には、訓練を効果的に進めるために活用します。
4. 個人情報の第三者への提供	あなたの個人情報は第三者へは提供しません。
5. 苦情の申立先、開示・訂正・利用停止の請求（開示請求等）の受付	① 個人情報の保護管理者：国立職業リハビリテーションセンター所長 ② 苦情・相談窓口、開示請求等受付窓口：高齢・障害者雇用支援機構 個人情報保護窓口（総務部 情報公開課） 電話 03-5400-1887 FAX 03-5400-1638 E-Mail tksojyo@jeed.or.jp ③ 開示請求等は、当機構所定の様式をお使いください。

※ 当センターの「個人情報の取扱いに関する規程」は、<http://www.jeed.or.jp/index.html>をご参照ください。





## 緊 急 連 絡 先

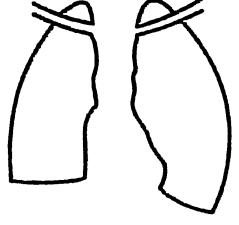
国立職業リハビリテーションセンター

職業指導部職業評価課

- ※ 評価中、緊急(体調不良等)に連絡を取らなければならない事態に対応するために、日中連絡の取れる連絡先を複数お書きください。
- ※ ご本人が携帯電話をお持ちの場合は、その番号及びメールアドレスもお書きください。
- ※ 連絡先が会社の場合は、「会社名」もご記入ください。併せて、「職業リハビリテーションセンター(以下、「職リハ」という。)」の名前を出すことの可否もご記入ください。
- ※ 入所可となった場合は、引き続き、この緊急連絡先を使用します。入所否となった場合は、責任を持って処分いたします。

本 人	氏 名		
	携帯電話	携帯番号：           (           )           -	
日 中 の 緊 急 連 絡 先	氏 名		(本人との関係)
	連 絡 先		「職リハ」と名乗っても ( 可 ・ 不可 )
	氏 名		(本人との関係)
	連 絡 先		「職リハ」と名乗っても ( 可 ・ 不可 )

# 健康診断書

氏名				男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生( 歳)		
障害名・病名											
身長	cm		体重	kg		握力	右	kg	・	左	kg
血圧	最高	mmHg		最低	mmHg		尿検査	蛋白:	糖:		
視力	右	裸眼	矯正	視野			眼疾	聴力	正常	特記事項有り (下記記入)	
	左	裸眼	矯正	色覚					右	dB	・
補装具等 (有・無)	使用している場合、種類					X線 (異常有・無)	所見 ( ) 平成 年 月 日撮影				
	義足 義手 杖 (形状: ) 車いす (手動 電動) 下肢装具 (長 短 その他: ) 補聴器 (右 左 両方) 白杖 その他 ( )						最近(6か月以内)の胸部X線(直接又は間接)写真による。 				
てんかん (有・無)	※有の場合					その他 (有・無)	職リハセンター入所後、通院加療を必要とする疾患、 職業訓練に配慮を要する疾患等 (精神疾患、高次脳機能障害、生活習慣病、褥瘡等)				
	①発作の型 ( ) ②発作の頻度 ( 回/年) ③直近の発作 ( 年 月 日) ④服薬 ( )						※有の場合 疾患等 ( ) 服薬 ( )				
医療歴	病名		期間			病院・施設名		内容			
			年 月 ~ 年 月								
			年 月 ~ 年 月								
			年 月 ~ 年 月								

上記のとおり診断する。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

(電話 )

医師名

印



「評価日程」「結果の通知」の送付用に使用します。(一部は予備用)

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所
_____
氏名
_____
様

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所
_____
氏名
_____
様

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
住所
_____
氏名
_____
様