

第9回 千葉県障害者技能競技大会参加申込書

平成 年 月 日

千葉県障害者技能競技大会に参加したいので申込します。

氏名 ⑩

千葉県障害者職業センター所長 殿

ふりがな			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日		昭和・平成 年 月 日(歳)
現住所	〒		電話 — —		
勤務先又は所属機関名					
勤務先又は所属機関の所在地	〒		電話 — —		
障害の種類及び程度等	* 肢体不自由・視覚障害・音声障害・言語障害・聴覚障害・内部障害 [種 級] 知的障害・精神障害・その他()				
身体障害者手帳番号	手帳番号	号	級	昭和・平成 年 月 日交付	
療養手帳番号等	手帳番号	号	級	昭和・平成 年 月 日交付	
精神障害者保健福祉手帳番号	手帳番号	号	級	昭和・平成 年 月 日交付	
補装具の使用状況	* ・車椅子 ・両松葉杖 ・片松葉杖 ・白杖 ・補聴器 ・その他()				
同行者(介助者及び付添え人を含む)	* 有 _____ 名 ・ 無				
手話通訳	* 要 ・ 否		駐車場	* 要 ・ 否	
参加競技種目	* ・ワードプロセッサ ・データベース ・ホームページ ・パソコン操作(視覚障害者部門) ・パソコンデータ入力(知的障害者部門) ・喫茶サービス(知的障害者部門)				

* 印欄は、該当項目に○を付してください