

身体障害者運転能力開発訓練センター入所申込書

平成 年 月 日

財団法人 東厚生会

身体障害者運転能力
開発訓練センター 所長 様
東園自動車教習所 所長 様

氏 名 ㊟

保護者氏名 ㊟

◎本人が20歳未満の場合は、保護者氏名の記入をお願いします。

氏名	(フリガナ)	生年 月 日	昭 平	年	月	日生 (満 歳)	男 女
現住所	(〒)						
	電 話						
最終学歴	最終学校名	校	年	月	卒業・卒業見込・中退	装具状況	
障害の概要	障害部位・状況						
	障害原因						
	障害者手帳	番号	種 級				
勤務先 (働いていない 方は職歴のみを 記入して下さい)	事業所名				所在地	電 話	
	職歴					入所希望	月 日
希望訓練 コース	1. 能力開発訓練科 (3ヶ月) 2. 一般身障教習科 イ. 普通コース (1~3ヶ月) ロ. 普通審査コース (限定解除)					宿舎関係	入寮 希望 通所
上記の者は当安定所に求職登録しております。 <div style="text-align: right;">平成 年 月 日 公 共 職 業 安 定 所 ㊟</div>							

◎ 上記の公共職業安定所の押印は、受付・日付印または担当者の印を押印下されば結構です。

(注) 一般身障教習科の希望者は、安定所の押印は必要ありません。

備考	
----	--