

第49回ながのアビリンピック 参加申込書

記入例

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構長野支部長 殿

下記内容のとおり申し込みます。

		申込年月日	令和 5 年 4 月 1 日				
1	ふりがな	ながの あびこ		生年月日	昭和 平成 1 年 2 月 3 日	年齢(R5.4.1 現在)	33
	氏名	長野 アビ子		氏名にはふりがなを付して、年齢は令和 5 年4月1日現在の年齢を記入してください。 今後の連絡先としますので、電話番号(自宅及び携帯)、メールアドレス含めて正確に記入してください。			
2	現住所	〒111-2233 長野市〇〇-△-□		担当者 (先生) 所属部署 総務課			
	電話番号	(自宅) 026-000-1111 (携帯) 080-000-					
3	勤務先又は所属機関(学校)名	ポリテクセンター長野					
	同所在地	〒381-0043 長野市吉田 4-25-9		E-mail POLY@jeed.go.jp			
	電話番号	026-258-6001					
4	所属機関区分	<input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 能力開発施設 <input type="checkbox"/> 特別支援施設 <input type="checkbox"/> 該当する項目に☑付けてください		不測の事態や急病等に対応するため、家族または所属先の担当者(当日の付添者等)の連絡先を記入してください。			
	連絡先区分	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先・所属機関		※チェックを入れた連絡先			
5	緊急連絡先	氏名	長野 和美	携帯電話番号	090-000-1111		
6	参加希望種目	7月22日(土)		7月23日(日)		種目は1つ選択して下さい。定員を超えた場合は、抽選等を行います。申し込み状況は、随時長野支部 HP に掲載します。	
		<input type="checkbox"/> ビルクリーニング <input type="checkbox"/> パソコンデータ入力(知的障がい者対象) <input type="checkbox"/> 製品パッキング <input type="checkbox"/> 表計算		<input type="checkbox"/> 喫茶サークル <input type="checkbox"/> オフィスアシスタント <input checked="" type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> ワード・プロセッサ <input type="checkbox"/> フラワーアレンジメント			
7	障がいの種類	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> その他の障がい(障がい名:)		<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input checked="" type="checkbox"/> 音声、言語、聴覚障がい <input type="checkbox"/> 内部障がい		該当する全ての障がいの種類に☑付けてください	
		<input type="checkbox"/> 知的障がい					
		<input type="checkbox"/> その他の障がい(障がい名:)					
8	障害者手帳等の取得状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい		<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳	
		<input type="checkbox"/> 指定医又は産業医の診断書 <input type="checkbox"/> 指定医又は産業医の診断書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書※ 交付を受けている障害者手帳、判定書または診断書に☑付けてください。		<input type="checkbox"/> 上記手帳等を持っていない(採点結果の最上位となった場合は、金貨に代えて特別賞を授与します。)			
9	補装具等の使用状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 盲導犬 <input type="checkbox"/> その他()					
10	階段昇降の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		11 手話通訳の要否		<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要	
		チェック漏れが多い箇所です。					
12	マウス・テンキーの持込	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち込みなし <input type="checkbox"/> 持ち込みあり(持込品:)		※パソコン種目を希望する者のみ該当			
13	会場での介助の要否	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		必要とする介助内容		特になし	
14	付添者情報	ふりがな	ながの かずみ		付添者がいない場合は未記入で差し支えありません。		
		氏名	長野 和美		当日つながる連絡先	090-000-1111	
15	全国大会への出場履歴	<input type="checkbox"/> 出場なし <input type="checkbox"/> 2018年(沖縄) <input type="checkbox"/> 2019年(愛知) <input type="checkbox"/> 2020年(愛知) <input type="checkbox"/> 2021年(東京) <input type="checkbox"/> 2022年(千葉)					
16	個別講評の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない		該当する項目に☑付けてください			

※両面印刷のうえ、裏面の同意書に忘れずにご署名ください