

青空ワークス 利用申込書

| | | | |
|---------------------------|---|-----------|-------|
| 記入日 | 年 月 日 | 生年月日 | 年 月 日 |
| ふりがな | | 年齢 | 才 |
| 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | 自宅 | 緊急 連絡先 | 続柄 |
| | 携帯 | | |
| 障害種別 □にチェック ()内は等級 | <input type="checkbox"/> 精神障害() <input type="checkbox"/> 知的障害() <input type="checkbox"/> 身体障害() 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 申請中 | | |
| 通院の有無 病名・病院名・ 主治医 | <input type="checkbox"/> 定期通院している <input type="checkbox"/> 定期通院していない | | |
| 保護者氏名 | | 続柄 | |
| 保護者連絡先 | (緊急連絡先と同じ場合は未記入) | | |
| 支援事業所 支援員名 | | | |
| 働きたい職種 または経験が ある仕事 | | | |
| 簡単な経歴 | | | |
| 犯罪歴 | 過去に逮捕歴がある <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 薬物使用歴 | 過去に禁止薬物の使用歴がある <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 希望する 利用日 | 希望曜日(○をつけてください) : 日 月 火 水 木 金 土 1週間のうちに () 利用したい 1ヶ月のうちに () 利用したい | | |
| その他の 希望 | | | |
| 備考 | | | |