平成 23 年度　発達障害児者のための職業教室

参　加　申　込　書

＊　できるだけ参加者本人が書いてください＊

参加者 氏名	ふりがな	男 ・ 女	平成　　年　　月　　日生 （　　）才
保護者 氏名	ふりがな	つづきがら 続柄	
学校名		学年	（　　）年
住　所	〒（　　－　　）		
電話番号	＊確実に連絡の取れる番号を書いてください 自宅　・　保護者携帯　・　本人携帯　（○を付けてください） 〔　　－　　－　　〕		

診　断　名	通　院　先	
	○を付けてください ある なし	医療機関名 主治医 先生

「職業教室のご案内」をどこからもらいましたか？（○をつけて名前を書いてください）

学校（　　）・医療機関（　　）・その他（　　）

＊参加希望日はどちらですか？　　＊希望が重なった時には、調整させていただきます

□A 日程（8/１~５）

□B 日程（8/15~19）←――　来春に就労を考えている人が優先です

□どちらの日程でもよい

＊ 作業服を着用する予定です。洋服のサイズを教えてください。

□S　　□M　　□L　　□LL　　□その他（　　）