

第45回全国障害者技能競技大会 地方大会未実施競技参加希望者登録票

① 氏 名	(フリガナ)		② 生 年 月 日	③ 年 齢		
			昭和 ・ 平成 年 月 日	才		
④ 現 住 所	電 話 : Eメール :					
⑤ 勤務先又は 所属機関名			a. 一般企業等 b. 特例子会社 c. 能力開発施設 d. 福祉施設 e. 特別支援学校 f. その他			
⑥ 上 記 ⑤ の 所 在 地	電 話 : Eメール :					
⑦ 手帳等 の取得 状況 等	身体障害	第 種 級	☐ 身体障害者手帳 ☐ 指定医や産業医による診断書・意見書			
		< 障害種別 > ☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 音声／言語 ☐ 肢体不自由 ☐ 内部障害 ☐ その他の障害 ()				
	知的障害	第 種 度	☐ 障害者手帳(療育手帳、愛護手帳 等) ☐ 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターにより知的障害があると判定されたことを証明できる書類 等			
	精神障害	級	☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 手帳がない方のうち、統合失調症、そううつ病又はてんかんの診断を主治医、産業医等から受けている場合は、そのことを証明できる書類			
⑧ 参加を希望する全国 大会技能競技種目名						
⑨ 有するスキル・経験等 ※該当箇所全てに記載を お願いします。		☐ 全国アビリンピックへの参加・入賞実績 ※複数回参加、入賞実績のある場合は任意様式にて全て記載してください。 なお、記載する実績は、今大会で参加を希望する技能競技種目と同種目の実績に限ります。 【 大会:第 回全国障害者技能競技大会 受賞: 賞 】				
		☐ 国際アビリンピックへの参加実績 【 有 ・ 無 】				
		☐ 競技に関連する職務への従事経験2年以上 【 従事年数:計 年 】				
		☐ 参加希望技能競技種目に関連する資格の保有 取得している資格の名称【 】				
		☐ 参加希望技能競技種目に類似するコンテスト・技能競技大会等での入賞実績 【 類似するコンテスト・技能競技大会等の規模: 全国大会 ・ 地方大会 】 【 具体的な大会名: 受賞: 賞 】				
		☐ 参加希望技能競技種目に関連する学習・訓練経験(訓練校、特別支援学校、就労支援機関を含む) ※学習・訓練経験が複数ある場合は、任意様式にて所属先・学科名、経験年数を全て記載してください。 【所属先・学科名 】【 【学習・訓練経験年数:計 年】				
		☐ 所属する企業、業界団体からの推薦(一般企業、特例子会社)				
		☐ 所属する施設からの推薦(訓練校、特別支援学校、就労支援機関 等)				

