

状 況 調 査 書

保護者または支援者等、生活状況を把握しておられる方がご記入ください。

受験者氏名		記 入 日	年 月 日
記入者氏名		受験者との関係	

現在利用中の支援機関 ※区市町村福祉課、生活支援、福祉施設、特別支援学校等

支援機関名		担当者氏名	
連 絡 先	【電話】 ()	【FAX】 ()	

公共職業訓練等の受講歴

訓 練 校 名		訓練科名		科
訓 練 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	修了等	修了 ・ 中退	

職場実習等の履歴 ※実習経験が2回以上あるときは直近のもの

実 習 先		期 間	年 月～ 年 月 (日間)
主 な 作 業			

健康状況等 ※入校後に通院・治療を要する疾患、配慮を要する疾患等

精神障がい ^(注)	有・無 級	種 類		服薬	有・無
身体障がい ^(注)	有・無 級	種 類		服薬	有・無
てんかん	有・無 型:	頻度:	直近: 月頃	服薬	有・無
アレルギー等	有・無 主な症状:			服薬	有・無
健康管理上の注意および配慮事項					

(注) 療育手帳(愛の手帳、みどりの手帳等)の他に、手帳をお持ちの場合のみ記入してください。