

第44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	〒 ー		電話： Eメール：	
⑤ 勤務先又は所属機関名			a. 一般企業等 c. 能力開発施設 e. 特別支援学校	b. 特例子会社 d. 福祉施設 f. その他
⑥ 上記⑤の所在地	〒 ー		電話： Eメール：	
⑦ 手帳等の取得状況等	身体障害	第 種 級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 指定医や産業医による診断書・意見書	
		<障害種別>	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声/言語 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他の障害()	
	知的障害	第 種 度	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(療育手帳、愛護手帳等) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 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 ー 回全国障害者技能競技大会 受賞: ー 賞 】			
	<input type="checkbox"/> 国際アビリンピックへの参加実績 【 ー 有 ・ 無 ー 】			
	<input type="checkbox"/> 競技に関連する職務への従事経験2年以上 【 従事年数:計 ー 年 】			
	<input type="checkbox"/> 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 【 ー 】			
	<input type="checkbox"/> 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: ー 全国大会 ・ ー 地方大会 ー 】 【 具体的な大会名: ー 受賞: ー 賞 ー 】			
	<input type="checkbox"/> 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 ー 】 【 学習・訓練経験年数:計 ー 年 ー 】			
<input type="checkbox"/> 所属する企業、業界団体からの推薦(一般企業、特例子会社)				
<input type="checkbox"/> 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)				

	推薦理由
<p>⑩ ⑨で「所属する企業、業界団体、施設からの推薦」に該当する方は、推薦理由及び推薦者の職氏名を記入してください。</p>	<p>令和 年 月 日 (推薦者所属機関及び職氏名)</p> <p style="text-align: right;">愛知県知事 大村秀章 殿</p>

(記入上の注意事項)

1. ③欄は、令和6(2024)年4月1日現在の年齢を記入すること。
2. ⑤欄は、勤務先又は所属機関名を記入の上、以下の区分によりaからfの該当箇所に○印を付けること。
 - a. 一般企業等: 一般企業、官公庁、自営業、就労継続支援A型事業所 等
 - b. 特例子会社: 事業主が障害者の雇用に特別の配慮をして設立した子会社(厚生労働大臣(公共職業安定所長)の認定を受けたもの)
 - c. 能力開発施設: 国、都道府県及び市町村、その他公的機関が設置した職業訓練施設
 - d. 福祉施設: 就労移行支援事業所、就労継続支援B型事業所 等
 - e. 特別支援学校: 特別支援学校 等
 - f. その他: 大学、専門学校、医療機関のデイケア 等
3. ⑦欄は、障害者の雇用の促進等に関する法律(以下「法」という)の第2条第2号及び第3号に規定する身体障害者である場合は「身体障害」に、法第2条第4号及び第5号に規定する知的障害者である場合は「知的障害」に、法第2条6号に規定する精神障害者である場合は「精神障害」に○印を付けること。また、障害の種別・等級等について記入するとともに、当該種別・等級等を確認した書類(手帳、診断書及び証明書等)にレ点を付けること(障害が重複する場合は、該当する障害欄すべてに記入すること。)。確認書類は提出不要。
4. ⑨欄に記載した項目(「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)」を除く。)を証明できる書類等を提出すること。

【提出書類の例】

 - ・参加希望職種に関する資格の保有: 証明書、認定証
 - ・参加希望職種に類似する大会等での入賞実績: 賞状の写し、実績が掲載されたWebページや新聞記事の写し
5. ⑩欄に記載する推薦者は、所属する企業、業界団体、施設の長などとする。