

沖縄県知事 殿

申込者の住所
 申込者の氏名
 連絡先(電話番号等)

通院患者リハビリテーション申込書

通院患者リハビリテーション事業実施要綱による社会適応訓練を受けたいので、次のとおり申し込みます。

性別	男 ・ 女	生年月日	昭 ・ 平	年	月	日生
保護者氏名	続柄 ()	住所	電話番号 ()			
社会適応訓練	希望する事業所					
	希望職種					
	希望訓練内容					
職歴・訓練歴等 (最近のものについて新しいものから記入)	期間		事業所名		仕事の内容	
	年 月～	年 月				
	年 月～	年 月				
家族の状況	氏名	続柄	生年月日		連絡先	
【訓練を希望する理由 (訓練をとおしてできるようになりたいことや希望等をご記入ください)】						

※申込者の居住地付近の略図を添付すること。
 氏名の記載については、記名押印又は署名のいずれかにすること。