

■令和8年度 大阪府庁内難病患者のモデル実習申込者プロフィール(※            は記入必須項目)

基本事項	(ふりがな) 実習申込者名		年齢	満 才
	住所			
	本人連絡先	Tel: e-mail: _____@_____		
	緊急連絡先	氏名 : Tel:	本人との関係	
	疾病名		特定医療費 (指定難病) 受給者証 登録者証 障がい福祉サービス受給者証	無・有 無・有 無・有
	身体障害者手帳	無・有 ( 等級 : _____ 級 ) (種別 : _____ )		
	精神障害者保健福祉手帳	無・有 ( 等級 : _____ 級 )		
	療育手帳	無・有 ( A ・ B1 ・ B2 )		
支援機関 (なければ空白可)	通勤経路 及 び 所要時間			
	所在地			
	名称			
	施設種別			
	電話番号			
	支援機関担当者名			
	実習申込者の 支援開始時期			

■令和8年度 大阪府庁内難病患者のモデル実習申込者プロフィール

実習について	これまでの 実習または就労 経験	有 ・ 無	(内容)
	得意なこと		
	苦手なこと		
	PC 作業の経験 (可能な作業)		
	実習参加の目的 実習の目標		
	通院		月あたり 日程度通院
	実習に関する 医師の意見 (特に意見ない場合は 空白可)		※医師の意見を確認して、本人または支援機関等の担当者が記入してください。 (業務に関して)  (その他)
実習にあたっての 配慮事項		※症状、症状に対する対応、服薬や通院、車いす、補装具の活用等についてなど、配慮事項があれば記入してください。	