

別記様式 (第 4 条関係)

地方独立行政法人京都市産業技術研究所人材育成事業参加申込書

(あて先) 地方独立行政法人 京都市産業技術研究所理事長	年 月 日
申込者の住所 〒 ー	申込者の氏名 (ふりがな) 電話 ー

地方独立行政法人京都市産業技術研究所人材育成事業実施規程第 4 条の規定により研修の受講を申し込みます。		
研修名	<input type="checkbox"/> 陶磁器コース <input type="checkbox"/> 選択履修コース (第1希望:) (第2希望:) (第3希望:) (その他:) ※希望するコースに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ※選択履修コースで複数選択希望の場合は、希望順にコースの番号を記入してください。	
職種	(従事期間 年 箇月)	
勤務先の状況	名称	
	所在地 〒 ー	
	事業主(法人にあつては、代表者名)	電話 ー
	業種	

健康状態に関する調査票

地方独立行政法人京都市産業技術研究所

コース名：陶磁器コース 選択履修コース

※希望するコースにを入れてください。

氏名

生年月日

以下の質問について、当てはまるものの番号を○で囲んでください。また、必要に応じて、() 内に記述してください。

I. 現在次のような自覚症状がありますか。

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 軽い運動でも動悸・息切れがする。 | 2. 胸の痛み又は圧迫感がある。 |
| 3. 咳・痰が持続する。 | 4. 疲労感が強い。 |
| 5. 食欲がない。 | 6. 嘔吐・腹痛・下痢・便秘を繰り返す。 |
| 7. 時々めまい・頭痛がある。 | 8. 手足のしびれや関節の痛みがある。 |
| 9. 皮膚疾患がある。 | 10. 何となく不安感・緊張感がある。 |
| 11. 何か意欲が湧かない。 | 12. その他 () |

II. 現在治療中又は継続して病院に通って診察を受けている病気がありますか。

1. はい 2. いいえ 「はい」と答えた方は、以下の質問に答えてください
- ①病名 ()
- ②通院間隔 ()
- ③使用中の薬 (内服・外用) (なし・ある [薬剤名])

III. 現在までに、病気により (ア) 入院や手術をしたこと、又は、(イ) 長期にわたり学校 (職場) を休んだことがありますか。

(ア) について

1. はい 2. いいえ 「はい」と答えた方は、以下の質問に答えてください
- ①病名 ()
- ②時期 (歳頃)

(イ) について

1. はい 2. いいえ 「はい」と答えた方は、以下の質問に答えてください
- ①病名 ()
- ②時期 (歳頃)

IV. 視力 (矯正視力含む) について該当するものを○で囲んでください。

右眼 A (視力1.0以上) B (0.7以上1.0未満) C (0.3以上0.7未満) D (0.3未満)

左眼 A (視力1.0以上) B (0.7以上1.0未満) C (0.3以上0.7未満) D (0.3未満)

記載事項に相違ありません。

記入日

自署