

相談受付票

相談等をご希望の方は下記に必要事項をご入力いただき、印刷したものを来所日にご提出ください。
印刷して持参することが難しい場合は、当日書式をお渡ししご記入いただきますので、お申し出ください。

来所日 (相談日)	2024 年 4 月 1 日	当センター 利用歴	<input checked="" type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再来所 前回: 年 月ごろに来所
ふりがな	うえの たろう	生年月日	2004 年 4 月 1 日 (20 歳)
氏名	上野 太郎	電話番号	090-XXXX-XXXX 住所 〒 110-0015 東京都台東区東上野4-27-3 最寄り駅: JR山手線 上野 駅
最終学歴	学校名等 ※履歴書持参の場合は省略可 東京△△	<input type="checkbox"/> 中学校 <input checked="" type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業 2021 年 3 月 <input type="checkbox"/> 中退 年 月 <input type="checkbox"/> 在学中 年 月卒業
最終職歴	会社名 ※履歴書持参の場合は省略可 株式会社●●●●	在職期間	2021 年 4 月 ~ 2024 年 3 月
障害名・ 病名等	□□□□障害 診断時期 2022 年 1 月	同居 家族	2 人 ※ご本人を除く
障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳) 度 年 月 日交付 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 3 級 2023 年 1 月 1 日交付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 取得予定: 月ごろ <input type="checkbox"/> 申請検討中	
医療機関 受診状況	通院先・主治医名 ◇◇◇◇クリニック ■■先生	通院頻度	月 2 回
当セン ター 紹介元	紹介を受けた機関名・担当者名 ハローワーク◎◎ ★★さん	来所時の同 伴者	<input checked="" type="checkbox"/> あり (★★さん) <input type="checkbox"/> なし
関係機関 利用状況	※紹介元以外に利用機関がある方はご記入下さい △△支援センター ◇◇さん	年金 等	受給... (障害厚生年金) (3) 級 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 検討中 その他... ()
相談内容	1. いずれかに☑をつけて下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 初めての就職、再就職についての相談 <input type="checkbox"/> 在職中で、転職についての相談 <input type="checkbox"/> 在職中で、その会社で仕事を続けることについての相談 (会社名:) <input type="checkbox"/> 休職中で、復職についての相談 (会社名: 復職期限: 年 月) <input type="checkbox"/> その他 () 2. 相談したい内容を具体的にご記入下さい。 前の職場を退職し、今後の再就職を考えるにあたって必要な準備や、自分の得意なことや不得意な ことを整理したい。		

※以下は記入不要です

東京障害者職業センター

インテーク担当者名

 「個人情報のお取り扱いについて」説明 相継 評 登 連 予評