

# 受付票

|      |                |
|------|----------------|
| 日付   | 年 月 日          |
| ふりがな |                |
| 氏名   |                |
| 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳 ) |

|    |     |   |   |
|----|-----|---|---|
| 住所 | 〒   | — |   |
|    | TEL | — | — |
|    | 携帯  | — | — |
|    | FAX | — | — |

## 家族等(父、母、祖父母、兄弟姉妹、親戚など)

| 続柄 | 年齢 | 同居・別居 |
|----|----|-------|
|    |    | 同・別   |

## 通勤手段

電車 (最寄駅: )  
 バス (最寄バス停: )  
 自家用車  自転車  二輪車

## ハローワークの求職登録

有り ( 公共職業安定所 )  無し

## 最終学歴

学校名 ( )  
 卒業年 ( 年 月 ・ 中退 )

## 職歴 (直近の職歴をご記入ください。職務経歴書などをご提出いただける場合は、記入を省略してください)

| 勤務先名称 | 所在地 | 業務内容 | 在職期間      |
|-------|-----|------|-----------|
|       |     |      | 年 月 ~ 年 月 |
|       |     |      | 年 月 ~ 年 月 |
|       |     |      | 年 月 ~ 年 月 |

## 障害福祉サービス等の利用歴 (直近の就労移行支援、A型・B型、職業訓練、デイケア等の利用をご記入ください)

| 名称 | 所在地 | 活動内容 | 利用期間      |
|----|-----|------|-----------|
|    |     |      | 年 月 ~ 年 月 |
|    |     |      | 年 月 ~ 年 月 |

## 障害・病気に関する情報

|   |  |
|---|--|
| 障害名・診断名：<br>_____<br><br>取得している手帳と等級：<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 申請中<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 未取得<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ( ) 級<br>自立支援医療の利用： <input type="checkbox"/> 有り | 定期通院および服薬の有無：<br>定期通院： <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し<br>通院先 ( )<br>通院頻度： 週間に1回 ・ 曜日に通院<br>服薬： <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し<br>(1日 回 (朝・昼・夕・就寝前・頓服)<br>年金・手当等： <input type="checkbox"/> 有り・ 級・ <input type="checkbox"/> 無し<br>( <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ) |
|---|--|

## 相談したいこと

## 就職・復職に向けた希望 (記入できる範囲でご記入ください)

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| 希望したい仕事内容、または復職予定の仕事 | ( )           |
| 勤務時間                 | ( : ~ : )     |
| 雇用形態 (例：正社員、パート 等)   | ( )           |
| 勤務地                  | ( )           |
| 希望給与 (月給の場合 約 万円     | ・ 時給の場合 約 円 ) |

\* 差し支えない範囲でご記入ください。

\* 各記入欄の年に関しては、和暦・西暦いずれでご記入いただいても構いません。

\* 各記入欄にある□には、当てはまるものに☑をつけてください。