

相談受付票

別紙「個人情報の取扱いについて」の内容をご一読の上、ご記入ください。

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	<input type="radio"/> S・ <input type="radio"/> H 年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話 (- -)		
最寄り駅 バス停	<input type="radio"/> バス停 <input type="radio"/> 駅 まで、自宅から 徒歩・自転車 分		
障害名 (診断名)			
手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 【 級】 <input type="checkbox"/> 療育手帳 【 <input type="radio"/> A・ <input type="radio"/> B】 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 【 級】	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> なし	
以前に職業センターを利用されたことはありますか？			
<input type="checkbox"/> はい【 <input type="radio"/> S・ <input type="radio"/> H 年 月頃】 <input type="checkbox"/> いいえ			
ハローワークに求職者登録をしていますか？			
<input type="checkbox"/> はい【ハローワーク 】 <input type="checkbox"/> いいえ			
現在ご利用中の支援機関やデイケアなどのサービスなどがありますか？			
<input type="checkbox"/> はい【機関名： 】 <input type="checkbox"/> いいえ			
障害者職業センターで相談したいこと			
今後の就職に関する希望			

