

## 就労体験事業申込書 兼 事前ヒアリングシート

フリガナ 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日( 歳)
住所	〒		家族構成
自宅電話番号		携帯電話番号	
健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない / 通院している (通院先: ) (服薬: 既往歴: ) <input type="checkbox"/> 良くないが通院していない	障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体 級 <input type="checkbox"/> 知的(療育) 級 <input type="checkbox"/> 精神 級
就労許可	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮必要事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
希望する業種		希望する職種	
希望事業所			
希望する曜日・日時・日数			
資格・技能		学 歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> その他( )
直近の離職後年数	<input type="checkbox"/> 6か月未満 <input type="checkbox"/> 6か月～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 仕事をしたことがない		
職 歴 (直近のものから記入)	会社名	期 間	職 種
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
支援員	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支援員の上承	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支援機関名 連絡先	TEL	支援員氏名	
就労体験実施に係る支援員の同行		可 ・ 否	

就労体験事業の実施にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意の上、就労体験事業の利用を申し込みます。

令和 年 月 日

本人署名

(市記載欄:処理内容等)

体験先事業所		体験期間	
処理内容			