

相談受付票(表)

						相談日	平成	年	月	日	
受付 No.	NO:		相談方法 (対応者:)								
ふりなが	(来所 電話 文書 FAX 訪問)										
氏名						経由機関	担当者				
身障手帳 等級	種	級	生年月日			歳	性別:男・女				
療育手帳	A(重度)・B1(中度)・B2(軽度)		現住所								
精神手帳	級		TEL								
障害内容						FAX					
						携 帯					
その他の連絡先は						相談者との関係は					
住 所											
T E L					F A X						
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居・別居	特記事項					
学歴											
職歴	年 月 ~ 年 月	勤務先名			作業内容			離職理由			
	~										
	~										
	~										
	~										
その他	求職登録	職業評価			評価受講日	年 月 日					
	希望職種	第一希望			第二希望						
	勤務形態	日				時間					
	希望勤務地	第一希望			第二希望						
	免許・資格										
	病気等、留意点										

