

受付用紙

		記入日	年	月	日
氏名	生年月日	電話番号			
	年 月 日				
住所					

どのようにしてこの事業所をお知りになりましたか？
ハローワーク ・ ホームページ ・ 医療 ・ 支援者 ・ 友達 ・ その他()

サービス提供事業所を利用されたことがありますか？
無し ・ 就労継続支援A型事業所 ・ 就労継続支援B型事業所 ・ 就労移行支援事業所 ・ その他()

事業所までの交通手段は何ですか？
自家用車 ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ その他()

希望職種等ありますか？
<input type="checkbox"/> 軽作業 <input type="checkbox"/> パソコン系 (デザイン ・ ホームページ制作 ・ キャラクター制作 ・ 文章入力)
<input type="checkbox"/> その他()

持っている資格はありますか？

ご自身の障害について教えてください(わかる範囲で)
診断名: いつから: 理解している症状:

現在の就労状況を教えてください
<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他

その他伝えたいこと、希望などありましたらご記入ください

管理者	サビ管

--