

福岡県 障がい者雇用拡大事業「就職相談会」エントリーシート

※枠内にご記入をお願いします。

フリガナ		性別		生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
現住所	(〒 -)	電話	() -	
		携帯電話	- -	
		Eメール		
手帳種別・等級 (該当項目に☑、 等級・診断名をご 記入ください)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 (診断名:) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 級 (診断名:) <input type="checkbox"/> 療育手帳 B2・B1・A2・A1 ←丸をつけてください。 <input type="checkbox"/> 手帳なし			
現在利用している 支援機関等	該当に○ ⇒ あり ・ なし (事業所名) 支援員名 電話			

私は、福岡県障がい者雇用拡大・職業紹介事業が開催する「就職相談会」への参加に際し、下記項目を確認し、了承致します。

- ①相談会の参加と合わせて、同事業からの求人情報の提供及び就労支援を受けること。
- ②仕事の紹介を受け応募に至る場合は、同事業に対し改めて正式な求職登録を行うこと。
- ③求職登録にあたり、履歴書等の書類の提出が必要となること。
- ④利用にあたり提出した個人情報については、これらの書類が、裏面記載の個人情報取扱規程に沿って処理され、返却されないこと。

※このシートは事務局提出用です。相談会参加企業様にお渡しするものではありません。

こちらの用紙を受付にて会場係にお渡しください。
引き換えに受付表・求人一覧をお渡し致します。