

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

受付NO. _____

※太枠内を記入。その他求職条件についても可能な範囲で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)
フリガナ		電 話 () -		
現住所	(〒 -)	携帯電話	- -	
		Eメール		
手帳種別・等級	あり ・ なし (身体 級 / 精神 級 / 療育 B2 , B1 , A3 , A2 , A1)			
障がい名・病名				
現在利用している 支援機関等	あり ・ なし (事業所名)	支援員名	電話	
	あり ・ なし (事業所名)	支援員名	電話	
アンケートにご協力ください。 本日の相談会をどちらでお知りになりましたか？ (複数回答可) <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 支援機関等からの案内 <input type="checkbox"/> 設置チラシ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 県事業ホームページ <input type="checkbox"/> 事務局からの案内 <input type="checkbox"/> その他 ()				
就職についての希望 (該当欄に記載または□にチェックを入れる。)				
仕事内容	1)	時間帯	: ~ : (時間程度)	
	2)	休日	月・火・水・木・金・土・日・祝	
勤務地	<input type="checkbox"/> 居住地近郊 (通勤時間 分程度)	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣	
	<input type="checkbox"/> 転居可 <input type="checkbox"/> 寮対応可		<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他	
通勤手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (電車・バス)	勤務期間	<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 短期(ヶ月程度)	
	通勤エリア:	保険加入	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険	
賃金	円/時給・月給(どちらかに○)程度	就業開始	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 年 月 日より	
特記事項 (※上記各項記入欄が足りない場合もここに記入。)				

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。

署名	
(支援者が代筆の場合は所属機関・氏名) SCT(05264010000)	

<p>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。</p>

個人情報の取得に関する同意書

【福岡県障がい者雇用拡大（職業紹介）事業】

株式会社総合キャリアトラスト 殿

私は、貴社が提供する『福岡県障がい者雇用拡大（職業紹介）事業』に関する就職支援サービスを受けるにあたって、私の個人情報を下記の事項に基づき、取得し、利用されることに同意します。

記

1. 個人情報の利用目的

登録された方の個人情報について、『福岡県障がい者雇用拡大（職業紹介）事業』のサービスに関する情報提供及び登録者様の希望及び能力に応じたお仕事情報の提供及び職業紹介・紹介予定派遣の実施を目的として利用させていただきます。

2. 機微な情報の取扱い

下記4の(2)、(3)、(4)、(5)のいずれかに該当する場合又は業務遂行上、必要な場合のみ以下の機微な情報を取得させていただきます。

(1)登録者様の障がい、病状等に関する情報（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の記載事項等）

3. 個人情報提供の任意性について

個人情報の提供は任意です。ただし、提供いただけなかった場合は、上記1の利用目的が達成できない場合がありますので、あらかじめ、ご了承ください。

4. 個人情報の第三者提供について

当社は、取得させていただいた個人情報をご本人の同意なく第三者へ提供することはありません。ただし、以下の場合は、ご本人の同意なく個人情報を提供する場合があります。

(1)あらかじめ、ご本人に必要な事項を明示又は通知し、ご本人の同意を得ている場合

(2)法令に基づく場合

(3)人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難である場合

(4)公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難である場合

(5)国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合

(6)合併その他の事由による事業の承継が行われる場合、承継前の利用目的の範囲で当該個人情報を取り扱う場合

5. 個人情報の共同利用

当社は、個人情報を以下のとおり株式会社総合キャリアオプションと共同利用させていただきます。

(1)共同利用する個人情報の項目：氏名、住所、電話番号等のご連絡先、職務経験、他登録時に取得した情報

(2)共同利用する者の範囲：株式会社総合キャリアオプション、

(3)共同利用の目的：上記1の『福岡県障がい者雇用拡大（職業紹介）事業』のサービスに関する情報及び登録者様の希望及び能力に応じたお仕事情報の提供、職業紹介・紹介予定派遣に係わるサービスの提供。

(4)共同利用する個人情報の管理について責任を有する者
株式会社総合キャリアトラスト（個人情報管理責任者）

(5)取得方法：書面、電子媒体等により取得

6. 個人情報の委託

当社は、上記1の利用目的の達成に必要な範囲において、外部の事業者へ個人情報を委託する場合があります。委託先については、当社の定める個人情報の保護水準を満たした事業者を選定するとともに、適正な管理を求めるための契約を取り交わしたうえで委託いたします。

7. 個人情報の開示、訂正、削除及び問い合わせ窓口

取得させていただいた個人情報は「①事業終了②受託者の変更③ご本人からの登録削除の意思表示」のいずれかに該当する場合に、必要な手続きのもと削除をさせていただきます。

ご本人の個人情報に限り、利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止等を希望される場合は、手続きに従って速やかに対応しますので、下記の【個人情報に関する問合せ先】にご連絡ください。

【個人情報に関する問合せ先】

株式会社総合キャリアトラスト 個人情報管理責任者：CVT 事業部 部長

E-mail：kojinjoho@socat.jp

以上