

働くチカラ PROJECT 申込書

(※このシートで記入いただいた個人情報については、目的以外に使用いたしません)

お名前：ふりがな (男・女)	学校名： 大学 学部	学科 専攻 回生 歳
学校の支援窓口・部署名：	支援担当者名：	■希望コース <input type="checkbox"/> 就活のハジメ (1~3回生対象) <input type="checkbox"/> 就活のスズメ (4回生・院生対象) ■登録希望会場 <input type="checkbox"/> 京都 (エンカレッジ京都) <input type="checkbox"/> 高槻 (ジョブジョイントおおさか) <small>(場合によってはご希望に添えない場合がございますので、ご承知置き下さい)</small>
あなたが働くチカラPROJECTへの申し込みを希望した理由・動機		
あなたが働くチカラPROJECTへの参加にあたり、不安なことや配慮が必要なこと		

住所 〒 —	発達障害の診断の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒診断名： ⇒診断の時期： 年 月頃 ⇒知能検査の結果 (IQ：)
自宅の最寄り 線 駅 (駅まで 徒歩・バス・自転車 分)	障害者手帳の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B1・B2) 判定 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (1・2・3) 級
連絡先 ご自宅 TEL： ご自宅 FAX： ご本人携帯： ご本人メール：	
緊急時ご家族の方の連絡先： (続柄： 携帯)	精神科等への通院の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒通院頻度 (/ 回)
あなたの趣味や好きなことは何ですか？	服薬の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒服用の仕方 (例、眠前1錠) ()
あなたの長所・セールポイント・得意なことは何ですか？	家庭内で行っている家事や手伝いは何ですか？
アルバイトやボランティアの経験はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 今まで経験した内容を教えてください	会社名 業務内容

ご家族様より

働くチカラ PROJECT へのご参加を希望された理由、また懸念点等ございましたらご記入ください。

以上、ご記入ありがとうございました。