

面接シート

※当てはまるものにチェック☑してください

ふりがな				受付番号	
氏 名					
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日生 (歳)	電話番号
現住所	〒			☐ 自宅 ☐ 携帯	
障害の種類	☐ 身体障害		☐ 知的障害		☐ 精神障害・その他の障害
	● 身体障害者手帳 ____級 ● 障害部位 ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 上肢切断・上肢機能 ☐ 下肢切断・下肢機能 ☐ 体幹 ☐ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 呼吸器 ☐ ぼうこう・直腸等 ☐ その他 ()		● 療育手帳 ☐ あり 療育手帳がある場合 ☐ A ☐ B ☐ なし		● 精神障害者保健福祉手帳 ☐ あり ☐ なし ● 病名 ☐ 統合失調症 ☐ そううつ病 ☐ てんかん ☐ 発達障害 ☐ 難病 ☐ その他 ● 病名等を記入してください
働く上で 配慮が 必要なこと	[通院] ☐ あり (月 回 曜日) ☐ なし [必要な配慮] 優先度が高いことを3つ記入してください。 ① _____ ② _____ ③ _____				
通勤方法	☐ マイカー ☐ 自転車 ☐ 徒歩・バス・電車 ☐ 家族の送迎			自動車免許	☐ あり ☐ なし
希望する 働き方	☐ フルタイム (1日8時間程度) ☐ パート (1日 時間程度)	最終学歴	☐ 中学 ☐ 高校 ☐ 専門 ☐ 短大 ☐ 大学 ☐ 大学院 ☐ 能開校		☐ 卒業 ☐ 修了 ☐ 中退 ☐ 在学中
アピール ポイント等					
免許・資格・特技	パソコンスキル : ☐ 文字・数字入力可 ☐ Word可 ☐ Excel可 ☐ 出来ない				
経験した主な仕事 (最近のものから記入)					
職種				期間	約 年 ヶ月
職種				期間	約 年 ヶ月
職種				期間	約 年 ヶ月
支援機関利用	☐ あり (支援機関名) ☐ なし				

面接を受ける皆様へ	事業所記入欄		応募した求人番号
この「面接シート」は、面接を円滑に進めるために面接時に事業所へ提出していただくものです。 受け取った事業所では、採用活動以外に使用することはなく厳重に保管し、不要となった場合には責任を持って処分します。 ご理解の上太枠部分への記入をお願いいたします。			
	面接 結果	☐ 採用 ☐ 不採用 (説明のみ、該当職種なし含む) ☐ 本人辞退	
		☐ 再面接または見学予定→連絡 (事業所から／本人・支援機関から)	