

くまもと障害者就職相談会受付票

(No.)

※記入が終わりましたら、受付に提出してください。

氏名	(<u>カタカナ</u> でフルネームを記入)	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
住所	※丁目・番地は不要 (市内) 熊本市 _____ 区 _____ (市外) 熊本県 _____			ハローワークの求職登録 有 ・ 無		
障害の種類	該当するものに○印をつけてください。 ・視覚 ・聴覚 ・平衡 ・音声言語 ・上肢機能 ・下肢機能 ・体幹 ・脳病変上肢機能 ・脳病変移動機能 ・心臓 ・腎臓 ・呼吸器 ・ぼうこう直腸等 ・免疫機能 ・肝機能 ・知的 ・精神 ・発達 ・難病 ・高次脳機能障害 ・その他()					

(切り取り線)