

# 面接カード

令和7年度  
冬の障がい

## 記入例

◆ご参加のみなさまへ◆ 面接カードは受付時に1枚(ハローワーク提出用)、面接の

必要な枚数はコピーしてお持ちください。(記入済の用紙のコピーで可)

面接会前日までにハローワークにお越しいただければ、必要な枚数をコピーしてお渡しすることが可能です。

ハローワーク伊賀のHPからもダウンロード可能です。(「ハローワーク伊賀 イベント」と検索→「ハローワーク伊賀 イベント情報」をクリック)

フリガナ	イガ タロウ	おとこ 男	おんな 女	せいねん がっぴ 生年月日	しょうわ 昭和 年 へいせい 平成 月 ●●年 ●●月 ●●日 (満●●歳)
氏名	伊賀 太郎				
電話 (自宅 携帯) · FAX	090 - 1234 - 5678				
住所	〒 518 - 0823 伊賀市四十九町3074-2				
最終学歴	●●高等学校●●科			卒業	中退 在学中
主な職歴 (※直近のものからご記入ください。)	事業所名	仕事の内容	はたら 働いていた期間 (既退職・在職中に○)		
	●●商事(株)	給与計算事務	●年 ●月 ~ ●年 ●月	既退職 ・在職中	
	(株)●●工業	データ入力事務	●年 ●月 ~ ●年 ●月	既退職 ・在職中	
			年 月 ~ 年 月	既退職 ・在職中	
免許・資格	普通自動車運転免許	あり	くるまん車通勤 (可) 否)	なし	
			MOS エクセルスペシャリスト		

★ 希望する給料・職種・勤務時間など、自己PR

事務職を希望します。

パソコンを使用した事務作業が得意で、エクセルは関数やグラフを使用できます。

★ 障害等に関し配慮が必要なこと

月1回通院が必要なため、休暇をお願いしたいです。

最初は短時間勤務から始めさせていただけます。

障害の 種類 程度 ○をふる	身体 知的 精神	級 重度 中度 軽度	部位 上肢切断(片・両) 下肢切断(片・両) 体幹 心臓 免疫機能障害 精神障害(うつ・てんかん・統合失調症) その他( )	※ 該当の部位に○印をつけてください 視覚 上肢機能(片・両) 下肢機能(片・両) 脳病変上肢機能 脳病変移動機能 呼吸器 直腸等 発達 難病 高次能機能障害
		A B1 B2		
		手帳 あり なし		
		2級)		

※ご記入いただいた個人情報は、個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本事業の運営目的以外には使用いたしません

◎企業使用欄