

福祉のお仕事出張相談

相談受付票

性別（※任意）	男性 ・ 女性
年齢	10代 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代以上
就業先希望地域 （市町村名を記入）	
福祉職歴	経験なし ・ 経験あり（職種： ）
相談内容	
相談したい内容に☑してください。 <input type="checkbox"/> 福祉施設の種類や仕事の内容を知りたい →具体的に知りたい仕事があれば教えてください。 例) 介護、保育士、障害分野 など () <input type="checkbox"/> 福祉資格の種類や取得方法を知りたい →具体的に知りたい資格があれば教えてください。 () <input type="checkbox"/> 具体的な福祉職場の求人情報を知りたい →具体的に知りたい求人地域や職種などがあれば教えてください。 () <input type="checkbox"/> 福祉職場を見学または体験したい <input type="checkbox"/> その他 →上記以外に相談したいことがあれば教えてください。 ()	
福祉人材センターへの 求職登録	<input type="checkbox"/> 既に登録済み <input type="checkbox"/> 登録を希望する <input type="checkbox"/> 登録を希望しない <input type="checkbox"/> よくわからない

備考（ハローワークから福祉人材センターへの連絡事項等）

--