

パーソナルシート

面接会
受付番号

令和6(2024)年2月2日現在

【 栃木・小山地区障害者合同就職面接会 専用応募用紙 】

ふりがな				生年月日(満年齢)	
氏名				昭和・平成	年 月 日生(満 歳)
現住所	〒	—	電話番号	自宅	()
				携帯	()
			FAX番号(任意)		()
			メールアドレス(任意)		@
最終学歴	(学校名)	(学部・学科等)	昭和・平成・令和	卒業	卒業見込 中退
職業訓練 受講歴	(訓練内容)	(受講期間)	昭和・平成・令和	年 月	修了
職務経歴 (※直近の経歴から順に記入してください)	在職期間		会社名		仕事内容
	直近	昭和・平成 令和 年 月	}		
		昭和・平成 令和 年 月			
		(退職・退職予定・在職中)			
	経歴2	昭和・平成 令和 年 月	}		
	昭和・平成 令和 年 月				
経歴3	昭和・平成 令和 年 月	}			
	昭和・平成 令和 年 月				
経歴4	昭和・平成 令和 年 月	}			
	昭和・平成 令和 年 月				
免許・資格	取得年月	免許・資格の名称		取得年月	免許・資格の名称
	昭和・平成・令和 年 月			昭和・平成・令和 年 月	
	昭和・平成・令和 年 月			昭和・平成・令和 年 月	
自己PR					
障害者手帳 種類・等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 申請中〔 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神〕 <input type="checkbox"/> 手帳なし〔 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他〕				
会社に配慮を 求めたいこと 仕事上で注意 が必要なこと					利用している就労支援機関(任意)
会社記入欄	※応募者は記入しないでください。				