|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和６(2024)年２月２日現在 | | | | | | | | **パーソナルシート** | | | | | | | | |  | | 面 接 会  受付番号 | |  | |
| 【 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  年　　月 | | | | 卒業  卒業見込  中退 |
| 職業訓練  受 講 歴 | | | （訓練内容） | | | | | | | | | | | | | （受講期間）  か月 | | | | 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 | | | | □ 身体障害者手帳（　　級）　　□ 療育手帳（　　　　）　　□ 精神障害者保健福祉手帳（　　級）  □ 申請中〔□身体　□療育　□精神〕　　□ 手帳なし〔□発達障害　□難病　□高次脳機能障害　□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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |