

当日受付番号

面接カード

フリガナ		ブース No.	面接希望事業所
氏名			

障がいの種類を○で囲んで下さい。また、手帳の有無についてもご記入下さい。

障がいの種類	身体 知的 精神 発達 難病 その他（ ）	障害者手帳 の有無	有（ ） 級） ・ 無
※ <u>身体障がいをお持ちの方のみ</u> 障がいの部位を○で 囲んで下さい。	視 覚 ・ 聴 覚 ・ 平 衡 ・ 音声言語 上肢切断（両・片）・上肢機能（両・片）・下肢切断（両・片）・下肢機能（両・片） 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 ・ その他（ ）		

※面接会当日は時間の都合上、応募する事業所は最大3社までとさせていただきます。

当日受付番号

面接カード

フリガナ		ブース No.	面接希望事業所
氏名			

障がいの種類を○で囲んで下さい。また、手帳の有無についてもご記入下さい。

障がいの種類	身体 知的 精神 発達 難病 その他（ ）	障害者手帳 の有無	有（ ） 級） ・ 無
※ <u>身体障がいをお持ちの方のみ</u> 障がいの部位を○で 囲んで下さい。	視 覚 ・ 聴 覚 ・ 平 衡 ・ 音声言語 上肢切断（両・片）・上肢機能（両・片）・下肢切断（両・片）・下肢機能（両・片） 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 ・ その他（ ）		

※面接会当日は時間の都合上、応募する事業所は最大3社までとさせていただきます。

当日受付番号

面接カード

フリガナ		ブース No.	面接希望事業所
氏名			

障がいの種類を○で囲んで下さい。また、手帳の有無についてもご記入下さい。

障がいの種類	身体 知的 精神 発達 難病 その他（ ）	障害者手帳 の有無	有（ ） 級） ・ 無
※ <u>身体障がいをお持ちの方のみ</u> 障がいの部位を○で 囲んで下さい。	視 覚 ・ 聴 覚 ・ 平 衡 ・ 音声言語 上肢切断（両・片）・上肢機能（両・片）・下肢切断（両・片）・下肢機能（両・片） 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 ・ その他（ ）		

※面接会当日は時間の都合上、応募する事業所は最大3社までとさせていただきます。