

介護就職デイ参加票（2020）

フリガナ		生 年 月 日		
氏 名	男	昭和	年	月
	女	平成		日
			(才)

現住所	〒			
	都 道 府	市 郡	区	町 村
	TEL	—	—	—
	携帯TEL	—	—	—

※ 該当する項目に○印を付けてください。

現況	1 在職者	2 離職者	
	3 学 生 (学校名 /学部 /学科)		
	4 公共職業訓練校修了(予定)	5 求職者支援訓練修了(予定)	

免許・資格	1 普通自動車免許(限定なし・AT限定)	2 介護福祉士	
	3 ホームヘルパー1級	4 ホームヘルパー2級	5 介護職員基礎研修
	6 介護職員初任者研修	7 理学療法士	8 作業療法士
	9 精神保健福祉士	10 介護支援専門員	11 社会福祉士
	12 社会福祉主事任用	13 実務者研修	14 看護師
	15 准看護師	16 その他()	

配偶者	有 ・ 無	扶養家族	人

学歴	・ 中学校	・ 短期大学	1 卒業見込(年 月)
	・ 高等学校	・ 大学	2 卒業
	・ 専修学校	・ その他	3 中退

職歴	職種(最近のものから)	在職期間						
	・ 正社員	昭	年	月	～	昭	年	月
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・ 正社員以外	平			～	平		
	・ 正社員	昭	年	月	～	昭	年	月
	・ 正社員以外	平			～	平		

ハローワーク 記入欄	◆ 在職中(自営含む)である □はい(□20h/週以上 □20h/週未満) □いいえ	確認 月 日 確認者
	◆ 助成金対象者としての紹介について □同意あり □同意なし	
	◆ 助成金対象者であることの確認書類の提出について □同意あり □同意なし	
	◆ トライアル雇用 □希望あり □希望なし	
	◆ ハローワークからの連絡 □可(□電話 □携帯 □〒) □不可	
	◆ 就業形態 □フルタイム希望(正社員希望 □有 □無) □パート希望	