**「（）」**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | 未成年者のみ記入  （　　　　　　　　） | | | | あなたのを  ってください  　３センチ  　４センチ |
|  | | |
|  | まれ | |  | | | ・ |
|  | 〒 | | | | | |
|  |  | |  | |  | | |
| ・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・ | | | | | | | |
| 〒 | | | |  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | （　　　　　　　・　　　　）　・（Ａ・Ｂ１・Ｂ２）・（　　　　）  その（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 1.あなたのなこと(きなこと)は、どんなことですか | | | | | | | |
| 2.あなたのなことは、どんなことですか | | | | | | | |
| 3.（）をけようとったをください | | | | | | | |
| 4.でどんなことをたいですか | | | | | | | |
| 5.どんなにですか | | | | | | | |
| 6.（してほしいことなどがあればいてください） | | | | | | | |
| 7.インターンシップ（）について | | します　　　　・　　　　しません | | | | | |

**＜（）＞**

**兵庫県障害者重点分野就労促進事業「介護業務研修（実践編）」推薦書**

　（担当者名　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 年　　月　　日 生  　 　　（　　　　　）歳 | 男  女 |
| 申込者氏名 |  | | | | |
| 所属事業所名 |  | | | | | | |
| 事業所連絡先 | 〒 | | | | | | |
| 電話 | |  | | メール |  | |
| FAX | |  | |
| 障害程度 | 療育手帳　　　Ａ　・　Ｂ１　・　Ｂ２（障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  身体障害者手帳　　　種　　　級　　　（障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  精神障害者保健福祉手帳　　　級　　　（障害名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 出身校 | 学校　　 　 　　　　　　　特別支援学校（養護学校） | | | | | | |
| 最寄駅までの経路 | 自宅から最寄駅（電車）まで　　　徒歩　・　自転車　・　バス（停留所名　　　　　　　　　　）  自宅⇒　　　　　　　　　駅　　　　　　　所要時間　　　　分  単独での交通機関の利用　　　　　　　できる　　　　　　　できない | | | | | | |
| 傷害保険 | 加入している　　・　　加入していない | | | | | | |
| 健康状態 | 留意事項等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 事業所での取り組みについて（作業内容・コミュニケーション・現在取り組まれている課題等） | | | | | | | |
| 障害特性・配慮事項 | | | | | | | |
| 現所属在籍期間 | | 利用期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在籍期間  年　　　月　　～　　　　　　　　　　 　　　　年　　　か月 | | | | | |
| 実習経験 | | 有・無 | | 業務内容： | | | |
| 業務内容： | | | |
| 業務内容： | | | |
| 就労実績 | | 有・無 | | 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在職期間　　 年　　 か月 | | | |
| 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在職期間　　 年　　 か月 | | | |
| 業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在職期間　　 年　　 か月 | | | |
| 推薦する理由 | |  | | | | | |
| 求職登録 | | ハローワーク求職登録　　　済　　未　　　　　　　　登録年月　　　年　　　月 | | | | | |
| 1つの事業所で複数名推薦する場合、優先順位を記入してください。 | | | | | | 番目 | |