

登録シート

掛川市役所 福祉課 福祉政策係
登録日： 年 月 日

名前	(ふりがな)		性別	男 ・ 女			
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢	歳	
住所	〒 掛川市						
電話番号	自宅電話番号 ()		-				
	携帯電話番号 ()		-				
緊急連絡先	続柄 () -						
家族構成	家族と同居 ・ ひとり暮らし						
	↓ 父親 ・ 母親 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子ども (人) ・ 兄弟、姉妹 (人) 他 ()						
※ ○をつけてください							
手帳	身体	級	療育	A ・ B	精神	級	
障害者年金			あり ・ なし		ハローワーク登録		あり ・ なし
生活保護			あり ・ なし		失業保険		あり ・ なし
福祉施設などの利用			なし ・ あり → (施設の名前)		利用開始:		頃
健康状態	通院	あり ・ なし					
		↓ (通院開始日)					
	病院		頃				
	担当医師:		担当ワーカー:				
診断名	病院					頃	
	担当医師:		担当ワーカー:				
医師の許可	あり ・ なし 就労に関わる個人情報について、医療関係者へ 問い合わせを行うことに同意します。(署名)						
服薬	あり ・ なし						
↓ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前 ・ とんぷく							

仕事の希望

仕事内容について (どのような仕事がしたいか、○をつけてください)

体を動かすことが好きですか	はい ・ いいえ	考えることが好きですか	はい ・ いいえ
こつこつと取り組むことが好きですか	はい ・ いいえ	複数の仕事をしてみたいですか	はい ・ いいえ
何人かで作業をするのが好きですか	はい ・ いいえ	ひとりでする作業が好きですか	はい ・ いいえ
パソコンを使うことができますか	はい ・ いいえ	電話でのやり取りができますか	はい ・ いいえ
かんたんな計算ができますか	はい ・ いいえ	接客の仕事をしてみたいです	はい ・ いいえ

日数 週 ()日

時間 1日 ()時間 (午前 ・ 午後 時 ~ 午前 ・ 午後 時)

休日 (希望する日に ○ をつけてください)

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝

通勤について

移動手段 (すべてに ○ をつけてください)

車 ・ オートバイ ・ 自転車 ・ 電車 ・ バス

通勤時間 ()時間 ()分 以内

勤務地 (すべてに ○ をつけてください)

掛川市内 (旧掛川市 ・ 大東 ・ 大須賀) ・ 市外 ()

他 希望があれば記入をお願いします。