

# 相談受付票

【日時】	西暦	年	月	日	受付		No.		
【相談者】	ふりがな 名前								(男・女)
	生年月日	西暦	年	月	日	(現在 歳)			
	住所	〒 —							
	TEL				携帯				
	FAX				E-mail				
	最終学歴				相談経路				
*ご本人以外の 緊急連絡先	名前				TEL			続柄	

## ◎これからやってみたいこと

【雇用形態】	正社員・正社員以外(契約・臨時職員など)・パート・その他( )
【希望就労日】	
【時間・頻度】	( )回/月 ( )回/週 ( )時間/日
【希望エリア】	<input type="checkbox"/> 北区 <input type="checkbox"/> 中区 <input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> どこでも <input type="checkbox"/> その他( )
【希望収入】	総支給で1か月に( )万円ぐらいを希望します。
【交通手段】	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自動車・バイク <input type="checkbox"/> 自転車・徒歩 <input type="checkbox"/> その他( )

## ◎一番最近していた仕事

【期間】	西暦	年	月	～	西暦	年	月
【分野】							
【保持資格】							
【仕事内容】							
【時間・頻度】	( )回/週	( )時間/日	その他( )				
【月収】							

## ◎ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的にお書きください

※ 社会福祉法人 岡山市社会福祉協議会を窓口として、求人情報の提供と相談をおこないます。

岡山市生涯活躍就労支援事業関係機関 様

本事業は、岡山市社会福祉協議会、株式会社パソナ岡山、株式会社グロップの3社が協力して進めますので、この受付情報を共有することに同意します。

継続して包括的な相談支援が必要な場合、この受付情報を「寄り添いサポートセンター」と共有することに同意します。

なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規程」について説明を受けました。

\_\_\_\_\_年 月 日 本人署名 \_\_\_\_\_ 印

【調整結果】	月 日 社協 ・ パソナ岡山 ・ グロップ ・ その他 ( )
--------	---------------------------------