

履 歴 書

(記入日 年 月 日)

フリガナ		男 ・ 女	写真貼付欄 縦4cmX横3cm カラー・脱帽上半身 (3ヶ月以内に撮影)		
氏名		年 月 日 生 歳			
フリガナ		電話・携帯電話・E-mail			
現住所	〒	() - () - E-mail:			
学歴	学校名	学部・学科・専攻	卒業(修了)・卒業(修了)見込み・中退等		
			年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	
職業訓練等の状況	訓練施設名	履修科目等	卒業(修了)・卒業(修了)見込み・中退等		
			年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	
			年 月	<input type="checkbox"/> 卒業(修了) <input type="checkbox"/> 卒業(修了)見込み <input type="checkbox"/> 中退	
職歴	会社名	職務内容	勤務期間		
免許・資格	種類		取得年月		
特技・趣味					
扶養家族数(配偶者を除く)	人	配偶者	有・無	配偶者の扶養義務	有・無
通勤	公共交通機関の利用による通勤	<input type="checkbox"/> 自身で可能 <input type="checkbox"/> 支援が必要		通勤時間	約 時間 分
志望動機					
本人希望欄	希望勤務地： 希望職種： その他(勤務希望時間等)：				
障害について	手帳の有無	有・無・申請中			
	障害の等級				
	障害の部位	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 知的			
	使用している補装具	<input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 内部			
し業 点等 てほし 考い 慮	勤務地駐車場の必要	有・無	定期的な通院時間の配慮		
	その他必要な設備				
	その他職場における配慮点				
保護者(本人が未成年者の場合記入)		フリガナ			
		住所			
フリガナ		電話	()	-	
氏名					