

相談受付票

ケースNo.				面接者名						
ふりがな				記入日	令和	年	月	日		
氏名				生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日 (才)
住所	〒			電話番号						
ひとり親になった時期	平成・令和 年 月頃 / 離婚前			児童扶養手当No.						
相談したいこと 今後望むこと										
家族の状況	続柄	生年月日	学年	健康状態・生活状況・その他						
家計の状況	収入			支出			健康保険			
	給与			食費			<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(社保) <input type="checkbox"/> 未加入			
	手当			家賃						
	養育費			光熱水費						
	婚姻費用			教育費						
	その他			通信費						
			その他							
合計			合計							
仕事	就労状況	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない								
	求職状況	<input type="checkbox"/> 仕事を探したい <input type="checkbox"/> 仕事を探していない <input type="checkbox"/> 就労先は決定済み								
	離職後年数	<input type="checkbox"/> 6か月未満 <input type="checkbox"/> 6か月～1年 <input type="checkbox"/> 1年～2年 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 就業したことがない								
	最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校/短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院								
	資格	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許(AT/MT) その他資格 ()								

職務経歴 (最近の仕事から順番に記入してください)			
No.	期間 (年月～年月) (何年何カ月)		職務の内容
	会社名・所属 職名 (雇用形態)		
1	年 月 ～ 年 月 (年 月)		
2	年 月 ～ 年 月 (年 月)		
3	年 月 ～ 年 月 (年 月)		
4	年 月 ～ 年 月 (年 月)		
職歴・資格等	<input type="text"/> 主な職歴 (勤務経験が長いもの)		
	<input type="text"/> 主な転職理由		
	<input type="text"/> 「自分にとって向いていた」と考える職業とその理由 職業： 理由：		
	<input type="text"/> 「自分にとって不向きだった」と考える職業とその理由 職業： 理由：		
	<input type="text"/> 資格・免許等		
就職・転職希望の方は記入してください	希望職種	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 接客・販売 <input type="checkbox"/> 配達 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 作業 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート (<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> 短時間)	
	就業時間	<input type="text"/> : <input type="text"/> ～ <input type="text"/> : <input type="text"/>	* 時間外 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	希望休日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日	
	加入保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金	
	賃金	月額： <input type="text"/> 円、 時給 <input type="text"/> 円、	* 賞与 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他希望記入欄	<input type="text"/>	