

## ふくい女性活躍支援センター

申込年月日: 令和 元年 月 日

ご提供いただいたあなたの個人情報は、当センターの支援サービス提供の目的のみに担当者間で共有させていただきますとともに、万全体制で漏洩防止に努めてまいります。

氏 名	ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	連絡先	電話番号: 携帯番号:	
最終学歴	中学 高校 専門 短大 大学(大学院) その他			
自動車免許	普通免許 <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> AT限定) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他			
資 格 等		配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
情報の送付	<input type="checkbox"/> 希望しない	連絡方法	<input type="checkbox"/> 自宅の電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話	
当センターをどのよう にして知りましたか	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 当センターを利用した友人・知人・家族 <input type="checkbox"/> 当センターを利用したことがない友人・知人・家族 <input type="checkbox"/> その他( )			

### キャリア相談申込票

初回相談日: 令和 元年 月 日

◎ 該当する項目にレ点を付けてください(複数可)。

- 自分がどんな仕事に向いているか知りたい
- 正社員で再就職するかパートにするか決めかねる
- 資格取得をしようか(どんな資格を取得するか)迷っている
- 就職先で人間関係がうまくいか不安だ
- 子育て等との両立ができるか不安だ
- 履歴書・職務経歴書を作りたいが、何を書いていいかよく分からない
- 今の仕事を続けていくことに不安がある
- 職場の人間関係がうまくいかない
- セクハラ・パワハラ・マタハラ等を受けている
- 起業したいと考えているが、何を売りにするか迷っている
- その他 (具体的に )

### 保育・子育て相談申込票

初回相談日: 令和 元年 月 日

◎ 該当する項目にレ点を付けてください(複数可)。

- 幼稚園  保育園(認定こども園を含む)に入園させたい( 歳児クラス)
  - ①入園希望時期 : 年 月頃から
  - ②希望(または決定)入園先 :
- 入園の仕方に向け見学など準備やその時期を知りたい
- 両立など子育て支援についての情報がほしい
- 幼稚園・保育園(認定こども園を含む)の特徴など情報がほしい
- その他

両立や子育てなどで悩んでいること	【相談内容(具体的に)】
------------------	--------------

★1、2年後に「なっていたい姿」についてご記入ください

.....

.....

.....

## ふくい女性活躍支援センター

求職番号          -          -

今 の 状 況	<input type="checkbox"/> 離職中である(退職後 <input type="checkbox"/> 6か月未満 <input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 1年～5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上) <input type="checkbox"/> ハローワークで <input type="checkbox"/> 雇用保険受給中 <input type="checkbox"/> 雇用保険手続き予定 ①離職日(予定日)   年 月 日      ②離職理由(自己都合・自己都合でない) ③手続年月日       年 月 日      ④給付日数          日 <input type="checkbox"/> 現在働いている ( <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 育休中 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 就職未経験である					
	仕事をする上で留意を要する家族 (小さな子供など)	<input type="checkbox"/> あり(入園の相談希望の場合は表面へ) <input type="checkbox"/> なし				
	仕事をする上で身体上注意する点					
今までに経験した 主な仕事 (最近のものから順 にご記入ください)	職 種		経験年数	年 月	内 容	
	職 種		経験年数	年 月	内 容	
	職 種		経験年数	年 月	内 容	
今 後 の 仕 事 に 関 す る 希 望 ・ 要 望 等	仕事内容(職 種)		①                                  ②                                  ③			
	働く場所(就業地)		①                                  ②                                  ③			
	希望収入(税 込)		月          万円	時間給          円		
	勤 務 時 間		時 分    ~    時 分 1日        時間程度                                  1週        日程度			
	休          日		曜日 <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 (                                  )			
	パソコン関係 (可能なことに○)		ワード = 文字入力・編集・作表			
			エクセル = データ入力・表計算・関数(簡単なもの)			
	就 職 時 期 等		<input type="checkbox"/> 急いでいる			
			<input type="checkbox"/> 年 月頃に就職したい			
そ の 他						