

求職申込書【表面】

受付年月日 令和 年 月 日

フリガナ			性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	該当する場合はチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 障害あり (※1) <input type="checkbox"/> 未就職卒業者 (※2)	
	氏名									
住所	〒 -									
最寄り駅	(駅・バス停・その他 ())									
最寄り駅から自宅までの交通手段	徒歩・自転車・バイク・自動車・その他()							所要時間	分	
電話番号	- (呼出: - 方)		携帯電話	-						
FAX番号	<input type="checkbox"/> 電話番号と同じ <input type="checkbox"/> 異なる (FAX番号: -)									

求職情報公開	<input type="checkbox"/> 求職情報を公開する(求人者からのリクエストがくる場合があります。)(※3) <input type="checkbox"/> 求職情報を公開しない	
求職情報提供	<input type="checkbox"/> 地方自治体・地方版ハローワーク、民間人材ビジネスともに可 <input type="checkbox"/> 地方自治体・地方版ハローワークのみ可 <input type="checkbox"/> 民間人材ビジネスのみ可 <input type="checkbox"/> 地方自治体・地方版ハローワーク、民間人材ビジネスともに不可	
ハローワークからの連絡可否	<input type="checkbox"/> 連絡可(郵便・電話・携帯電話・FAX) <input type="checkbox"/> 連絡不可	

就業形態	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 季節労働	雇用期間	<input type="checkbox"/> 定めなし <input type="checkbox"/> 定めあり(4ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 定めあり(4ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 日雇(日々雇用又は1ヶ月未満)	希望がある項目 全てに☑してください。	<input type="checkbox"/> 正社員希望 <input type="checkbox"/> 派遣可 <input type="checkbox"/> 請負可	公開・非公開	
希望する仕事1 (※4)	職種	内容	(経験(<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上)				公開
希望する仕事2 (※4)	職種	内容	(経験(<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3年以上)				
希望勤務時間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	始業時間 終業時間 時 分 ~ 時 分 1日の希望時間(パート希望の場合のみ記入) 週の希望日数(パート希望の場合のみ記入) 時間程度 日程度 夜勤 交替制(シフト制) <input type="checkbox"/> こだわらない <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		公開・非公開			
希望休日・週休二日制	休日希望 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> <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"/> あり <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他(夏季休暇、年末年始休暇等)	週休二日制 (フルタイム希望の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不問				公開・非公開	

希望勤務地	希望勤務地(※4): 交通手段: [<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス] で [] 分以内 マイカー通勤の希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 在宅勤務の希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		公開	
UIターン希望	<input type="checkbox"/> あり(UIターン先都道府県の希望(3つまで):) <input type="checkbox"/> なし		公開・非公開	
転居	<input type="checkbox"/> 可(単身・家族共) <input type="checkbox"/> 不可	公開・非公開	海外勤務 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	公開・非公開

(※1) 障害者として求職活動を希望する場合に選択してください。
 (※2) 学校等を卒業又は修了した日の翌日以降、一度も就職していない場合を指します。
 (※3) 求職情報を公開するを選択した場合には、希望職種、希望勤務地、最終学歴、免許・資格等が求人者に公開されます。その他、求人者からリクエストがあり、ハローワークから連絡することがあります。なお、「公開・非公開」マークがある項目は、公開の可否を選択することができます。
 (※4) 更に追加が必要な場合は続紙をご利用ください。(※5) 直近のものから順番に記載してください。
 (※6) 外国人(特別永住者を除く)の方は、在留資格、在留期間、資格外活動許可の有無を記載してください。また、在留資格「特定技能」の場合は、対応する特定産業分野、業務区分も記載してください。

求職申込書【裏面】

④ 希望勤務地・賃金	希望賃金	<input type="checkbox"/> 希望月収(税込) () 万円以上	公開・非公開	家庭の状況	配偶者: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 希望時間額(パート希望の場合) () 円以上			扶養家族: () 人
	仕事をする上で留意を要する家族(乳幼児・要介護者等)		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
	仕事をする上で身体上注意する点		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
	就職についての条件・その他の希望(※6)				
	こだわり条件(3つまで選択可)		<input type="checkbox"/> 職種(仕事の内容) <input type="checkbox"/> 勤務時間 <input type="checkbox"/> 就業形態 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 勤務地 <input type="checkbox"/> 賃金		

⑤ 学歴・資格	学歴	最終学歴: <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高等学校専攻科 <input type="checkbox"/> 高専(5年制) <input type="checkbox"/> 専修・専門 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 能開校 区分: <input type="checkbox"/> 卒業・修了 <input type="checkbox"/> 卒業・修了予定 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中	卒業年月(公開対象外): 大正・昭和・平成・令和 年 月	公開・非公開
		専攻科目:	備考:	
	訓練受講歴1(※4)	機関(訓練校・各種学校): 学科(コース)名: 科目内容: 受講期間: 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日		公開・非公開
	免許・資格(※4)	普通自動車運転免許: <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 限定なし <input type="checkbox"/> AT限定) <input type="checkbox"/> なし () 取得: 昭和・平成・令和 年 月 免許・資格 () 取得: 昭和・平成・令和 年 月 () 取得: 昭和・平成・令和 年 月	公開・非公開	公開
	PCソフト・PCスキル	文書作成ソフト: 表計算ソフト: プレゼンテーション資料作成ソフト: その他のソフト:		公開・非公開

⑥ 経歴	経験した主な仕事1(※4、5)	就業形態: <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 自営 職種: 仕事内容: 在籍期間: 昭和・平成・令和 年 月 ~ 昭和・平成・令和 年 月 働いていた(いる)期間: 約 年 ヶ月間	雇用形態: <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 正社員以外() 退職時(現在)の税込月収: () 万円 非公開 現在の状況: <input type="checkbox"/> 既退職 <input type="checkbox"/> 在職中 退職理由: <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 解雇・雇い止め <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他()	公開・非公開
	経験した主な仕事2(※4、5)	就業形態: <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 自営 職種: 仕事内容: 在籍期間: 昭和・平成・令和 年 月 ~ 昭和・平成・令和 年 月 働いていた(いる)期間: 約 年 ヶ月間	雇用形態: <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 正社員以外() 退職時(現在)の税込月収: () 万円 非公開 現在の状況: <input type="checkbox"/> 既退職 <input type="checkbox"/> 在職中 退職理由: <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 解雇・雇い止め <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他()	

求職者マイページの開設をご希望される場合は、Eメールアドレスをご記入ください。

Eメールアドレス:

障害情報登録シート

(障害者として求職活動を行うことを希望する
場合のみ記入が必要です)

障害情報登録シート【1枚目・表面】

受付年月日 令和 年 月 日

「求職申込書」の①基本情報欄で「障害あり」にチェックした場合、本シートにより障害の情報を登録ください。

フリガナ		性別	大正	年	月	日
氏名		生年月日	昭和	平成		

① 障害の種類等	障害の種類等	<p>(1) <input type="checkbox"/> 身体 (2) <input type="checkbox"/> 知的 (3) <input type="checkbox"/> 精神 (4) <input type="checkbox"/> 発達 (5) <input type="checkbox"/> 難病 (6) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (7) <input type="checkbox"/> その他</p> <p>※一つ以上選択してください。 ※「(1)身体障害」にチェックした場合、「(1)身体障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(3)精神障害」にチェックした場合、「(3)精神障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(4)発達障害」にチェックした場合、「(4)発達障害の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(5)難病」にチェックした場合、「(5)難病の種類等の詳細」を選択してください。 ※「(7)その他」にチェックした場合、「(7)その他の障害の種類等」を記入してください。</p>
	(1)身体障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> 上肢切断 <input type="checkbox"/> 上肢機能 <input type="checkbox"/> 下肢切断 <input type="checkbox"/> 下肢機能 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 脳病変上肢機能 <input type="checkbox"/> 脳病変移動機能 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう直腸等 <input type="checkbox"/> 免疫機能 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> その他の身体障害</p> <p>具体的な身体障害の種類等</p> <p>※「その他の身体障害」にチェックした場合、具体的な身体障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
	(3)精神障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> そううつ病(そう病、うつ病を含む) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他の精神障害</p> <p>具体的な精神障害の種類等</p> <p>※「その他の精神障害」にチェックした場合、具体的な精神障害の種類等を記入ください(14文字以内)。</p>
	(4)発達障害の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム・広汎性発達障害 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> アスペルガー症候群 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害 <input type="checkbox"/> その他の発達障害</p> <p>具体的な発達障害の種類等</p> <p>※「その他の発達障害」にチェックした場合、具体的な発達障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
	(5)難病の種類等の詳細	<p><input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> その他の難病</p> <p>具体的な難病の種類等</p> <p>※「その他の難病」にチェックした場合、具体的な難病の種類等を記入ください(14文字以内)。</p>
	(7)その他の障害の種類等	<p>具体的な障害の種類等を記入してください(14文字以内)。</p>
求人者に対して公開を希望する障害の種類等	<p>「求職申込書」の②求職情報公開で「求職情報を公開する」にチェックした場合、どの障害があることを求人者に対して公開するか、選択してください。チェックした障害の種類の詳細が求人者に公開されます。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他</p>	

障害情報登録シート【1枚目・裏面】

障害に関する 確認書類	○お持ちの確認書類をチェックしてください。 (1) (2) (3) (4) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (5) (6) (7) (8) <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> その他の確認書類 ※「療育手帳」は発行自治体によって名称が異なります(例えば、東京都は「愛の手帳」)。 ※「判定書」は、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は地域障害者職業センターのいずれかの機関が発行した、知的障害がある旨の判定書です。 ※「医療受給者証」は、難病医療費助成制度の医療受給者証です。 ※「医師の診断書等」は、医師が発行した、障害がある旨の診断書・意見書等です。 ※「その他の確認書類」は、(1)～(7)のほかに障害があることを確認できる書類です。		
(1) 身体障害者手帳	手帳発行自治体(16文字以内) [] 手帳交付年月日 [昭和・平成・令和 年 月 日]		
(2) 療育手帳	手帳発行自治体(16文字以内) [] 手帳交付年月日 [昭和・平成・令和 年 月 日]	障害等級 [1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級]	障害の程度 [重度・その他]
(3) 判定書	判定書発行機関(16文字以内) [] 判定書交付年月日 [昭和・平成・令和 年 月 日]		
(4) 精神障害者 保健福祉手帳	手帳発行自治体(16文字以内) [] 手帳交付年月日 [平成・令和 年 月 日]	障害等級 [1級・2級・3級] 有効期限年月日 [平成・令和 年 月 日]	
(5) 医療受給者証	医療受給者証交付年月日 [平成・令和 年 月 日]		
(6) 障害福祉サー ビス受給者証	障害福祉サービス受給者証交付年月日 [平成・令和 年 月 日]		
(7) 医師の診断書等	診断書交付年月日 [昭和・平成・令和 年 月 日] 診断名(60文字以内) []		
(8) その他の 確認書類	[] ※具体的な確認書類を記入してください(600文字以内)。		

② 障害に関する確認書類

障害情報登録シート【2枚目・表面】

受付年月日 令和 年 月 日

フリガナ			大正			
氏名		性別	生年月日	昭和	年	月 日
				平成		

③ 職業評価	職業評価実施機関名(16文字以内)	
	職業評価交付年月日	
	昭和・平成・令和 年 月 日	
※地域障害者職業センター等で職業評価を受けたことがある場合は、実施機関名・交付年月日を記入してください。		

④ 補助具等	補助具等を使用している場合は、補助具の種類や使用状況等を記入してください(600文字以内)。	
	補助具等の使用状況	

⑤ 就労上の配慮	仕事をする際に職場から配慮してほしい事項がある場合は、その内容を記入してください(600文字以内)。	
	就労上の配慮が必要な事項	

障害情報登録シート【2枚目・裏面】

⑥ 就労支援機関	利用している 就労支援機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関 施設名(16文字以内) []
	利用している 就労支援機関	<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関 施設名(16文字以内) []
	利用している 就労支援機関	<input type="checkbox"/> 障害者就業・生活支援センター <input type="checkbox"/> 障害者職業センター <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の就労支援機関 施設名(16文字以内) []
	※利用している就労支援機関がある場合は、その種類をチェックし、施設名を記入してください。	

⑦ 医療機関	利用している 医療機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 利用している医療機関がある場合は、医療機関名を記入してください(16文字以内)。 []
--------	----------------	--

⑧ 障害年金	障害年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 月額 約 万円
	※障害年金の受給の有無をチェックしてください。受給している場合は月額を記入してください。	

⑨ その他の支給	その他の支給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 その他の支給 []
	※障害年金以外の給付(地方自治体からの手当等)の受給の有無をチェックしてください。受給している場合は給付の種類、内容、金額等を記入してください(600文字以内)。	

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 個人番号を登録することで、ハローワーク窓口での身体障害者手帳及び精神障害者保健福祉手帳の提示に代えることができます。
 なお、ハローワークにおける個人番号の利用は、障害者の雇用の促進等に関する法律第11条の職業指導等の実施に関する事務に限られます(行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第一及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第一の主務省令で定める事務を定める命令第27条)。