

# 難病者就労支援シート

平成      年      月      日 現在

フリガナ				性別	男・女	生年月日	年   月   日	年齢	歳
氏名									
住所				電話				配偶者	有・無
				携帯				扶養家族	人

疾患名		発症	年   月 (   歳)	特定疾患医療受給者証	有・無
			年   月 (   歳)	身体障害者手帳	有・無
			年   月 (   歳)		(   種   級)

学歴	学校名	学部・課程等	就学期間	卒業・中退等
			年   月   日～ 年   月   日まで	卒業・修了・中退・在学
			年   月   日～ 年   月   日まで	卒業・修了・中退・在学

職歴(古いものから順に)		就業期間	職務内容	離職理由
<input type="checkbox"/>	主な 経験 職種 に ✓	年   月   日～ 年   月   日ま		
<input type="checkbox"/>		年   月   日～ 年   月   日ま		
<input type="checkbox"/>		年   月   日～ 年   月   日ま		
<input type="checkbox"/>		年   月   日～ 年   月   日ま		
<input type="checkbox"/>		年   月   日～ 年   月   日ま		
<input type="checkbox"/>	最終	年   月   日～ 年   月   日ま		

希望	勤務地	(通勤      分以内)		
	勤務時間	週      日	1日      時間	休日
		時      分      ～      時      分      ・ 時間不問		
	雇用形態	正社員	パート	契約社員      その他
職種				

資格など	自己PR

仕事をする上で配慮して欲しいこと	主治医の意見・アドバイス等

受療機関		主治医名	
病気を職場に告知するか		告知する	告知しない      検討中

※このシートは、ハローワークなどでの就労相談を円滑に進めるためのもので、シートの提出や記入を強制するものではありません。