

## 治療と仕事の両立支援の相談会 相談希望票

### ● ハローワークからのお願い

恐れ入りますが、はじめてご利用される方は、ご記入の上、総合受付の右隣りにある  
**患者サポート窓口（総合受付の右隣）までお持ちください。**

**相談費用は無料です。**

[お名前] \_\_\_\_\_

[連絡先] \_\_\_\_\_

あてはまる項目すべてにチェック(  をしてください。)

(差し支えない範囲でかまいません。)

「治療の状況について教えてください」

- 現在、治療継続中。(通院頻度 \_\_\_\_\_ )例:月 1 回程度  
 経過観察中。(通院頻度 \_\_\_\_\_ )例:半年 1 回程度  
 その他( \_\_\_\_\_ )

「就職希望について教えてください」

- 今すぐ働きたい。  
 今は情報を収集し、いずれ働きたい(転職したい)。  
 その他( \_\_\_\_\_ )

「ハローワークの就労支援を知ったきっかけについて教えてください」

- 友人・知人・家族からの紹介  リーフレット  他のハローワーク  
 主治医の先生からの勧めで  院内のポスターをみて  
 その他( \_\_\_\_\_ )

「希望されるサービスについて教えてください」

- 予約制・担当者制でじっくり相談がしたい。  
 応募書類(履歴書・職務経歴書)の書き方、面接での自己PRの仕方を知りたい。  
 就職支援セミナーに参加したい。  
 求人情報が知りたい  
(  求人検索パソコンを利用したい  職業相談により求人情報の提供を受けたい )  
 新たな技術を身につけたい  
 その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

「現在の収入状況について教えてください」

- 給与による収入  失業給付を受給している  傷病手当金を受給している  
 障害年金を受給中  その他( \_\_\_\_\_ )

治療と仕事の  
両立支援

