

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

