

# 求職票 (一般・パート)

AF

年 月 日 受付

I あなた自身に関すること	*求職番号	①現在	有業	無業	⑤学歴	1. 中学 2. 高校(普通科・商業科) 3. 短大 4. 大学 5. その他( )			
	フリガナ					1. 卒業・修了 2. 中退 3. 在学中(20 年卒業予定)			
	②氏名					⑥家族構成	短大卒以上は必ず記入 学部( ) 学科( )		
	③生年月日	西暦	年	月	日生( 歳)		子どもの年齢 *未子から記入	歳 歳 歳 歳	
	フリガナ					⑦手当等の受給状況	子どもの生年月日 *記入しきれない場合は裏面へ	年 月 日生 / 年 月 日生	
	住所						子どもの状況(就労中のお子さんのお世話はどなたがされますか) 保育園・学童・トワイライト・その他( ) 預けられる時間 : ~ : : ~ :		
	名鉄・近鉄・JR・市営交通・その他( ) ( )線 最寄り駅( )駅 ( )行きバス( )停 徒歩 分(徒歩以外の場合)					⑧就労にあたっての配慮事項	就業に関して留意する家族 親・子・兄弟姉妹・その他( )		
	電話番号 - - [ ]方						⑦手当等の受給状況	1. 児童扶養手当 2. 県遺児手当 3. 名古屋市ひとり親家庭手当 4. 遺族年金 5. ひとり親家庭等医療証(番号 名 - ) 6. 養育費 有 円・無 7. その他( ) 8. なし ひとり親となった時期( 年 月) その当時扶養していた未子の年齢( )歳	
	FAX 同上 ( - - )							⑧就労にあたっての配慮事項	あり(裏面へ記入) ・ なし
	携帯電話 - -								
メールアドレス					⑨経験した主な仕事・最終のものから記載してください	①最終又は現在の仕事			
メールでの情報提供 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						事業所名	雇用形態 / 正 契 派 パ ア 他		
電話可能時間帯					仕事内容	勤務時間 : ~ : 週労働時間 週20時間以上 ・ 週20時間未満			
④現住所・交通手段・電話番号					退職(予定)の理由	退職時(現在)税込月収 円程度 退職時(現在)時間給 円			
⑤学歴					働いていた(いる)期間	既退職 ・ 退職予定 ・ 在職中 年 月 から 年 月 までの約 年 か 月 間			
⑥家族構成					②過去の職歴	事業所名 勤務期間 仕事内容 雇用形態			
⑦手当等の受給状況					(2)	年 月 ~ 年 月 正 契 派 パ ア 他			
⑧就労にあたっての配慮事項					(3)	年 月 ~ 年 月 正 契 派 パ ア 他			
⑨経験した主な仕事・最終のものから記載してください					(4)	年 月 ~ 年 月 正 契 派 パ ア 他			
II あなたが望む勤務条件に関すること	(具体的な仕事の名称も可)					④その他希望	就業希望地	通勤時間 最長 分以内	
	①希望する業種・職種	(1)	(2)	(3)	(4)		通勤に利用するもの	自動車・公共交通機関・自転車・徒歩	
	②雇用形態	正社員・契約・派遣・パート・アルバイト・他( )					保険等の加入	雇用・労災・健康・厚生・その他( )	
	③勤務希望時間・月収	時 分 ~ 時 分の 時間・時間不問					優先順位 (場所・給料 休み・時間等)	1. 2. 3.	
	希望月収	円以上 (月額換算・税込)				⑤免許・資格等	・MOS ・介護 ・TOEIC ・その他 ・簿記		
	時間給	円(パートを希望する場合)				⑥休日の希望	希望の休日の曜日に○をつけてください 月 火 水 木 金 土 日 祝 日 不 祝 日		
	⑦	事業主等へ求職者情報の提供を行い、希望する就職先を探すためのものです。求職者情報掲載(氏名等が特定される内容は記載しない情報)に同意します					署名		
⑧紹介者(申込の動機)	1 母子・父子自立支援員等 2 市役所等紹介窓口 3 講習会 4 パンフレット 5 インターネット 6 その他( )								

(裏面有)

(注意) ※この求職票は社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会 無料職業紹介所/母子家庭等就業支援センター専用のためハローワークでは使用できません。  
※求職票にご記入いただいた個人情報は、細心の注意を払って、適法かつ適切に管理し、この目的以外には一切使用いたしません。 '23.11J-1000

子どもの生年月日	年 月 日生 / 年 月 日生
----------	-----------------

就労にあたっての配慮事項	
確認項目	配慮してほしい点
<input type="checkbox"/> 病気がある	
医師の診断	
<input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 条件付)	
<input type="checkbox"/> 障害がある	
<input type="checkbox"/> 家族の介護	
<input type="checkbox"/> その他	

備 考

日付	/ /	担当者	カウンセラー	区分	就業相談・カウンセリング
----	-----	-----	--------	----	--------------