

(太枠で囲んだ項目を記入してください)

届出書 (兼求職登録票)

【再就職準備金用】

届出番号		求職票番号		入力済	更新	個人情報注意 持出不可						
受付年月日		年	月	日	抹消区分	<input type="checkbox"/> 紹介就職	<input type="checkbox"/> 自己就職	<input type="checkbox"/> 他機関採用	<input type="checkbox"/> 取り下げ	抹消日	月末まで	
氏名	(フリガナ)			性別	男・女	生月	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所	〒			TEL	()							
				携帯	()							
メールアドレス①		@			メールアドレス②		@					
学歴	<input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 専門学校			区分	<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 在学中…令和			年度	卒業見込み		
所有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 (取得済・受資・見込) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー【 】級 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 (取得済・受資・受験資格見込) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 保育士 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 子育て支援員			<input type="checkbox"/> 児童指導員 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 理学療法士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 作業療法士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 視能訓練士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 臨床心理士 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 保健師 (取得済・見込)			<input type="checkbox"/> 教員免許【幼・小・中・高・養護】 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 調理師 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 栄養士 (取得済・見込) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 (取得済・受資) <input type="checkbox"/> 施設福祉士 <input type="checkbox"/> その他の資格 []					
	一般資格	<input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> 普通自動車 (二種) <input type="checkbox"/> AT限定 <input type="checkbox"/> 大型自動車 <input type="checkbox"/> 原付 <input type="checkbox"/> その他 []										
賃金	<input type="checkbox"/> 希望あり⇒ (月給・日給・時給・年俸) _____, _____ 円以上			<input type="checkbox"/> 不問		就職可能時期	令和 年 月					
就職時期	<input type="checkbox"/> すぐにでも就職したい <input type="checkbox"/> 就職は少し先 (将来) でも良い <input type="checkbox"/> 良い職場が見つかったら就職したい <input type="checkbox"/> その他 [具体的に _____]											
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤 (正職員以外) <input type="checkbox"/> 非常勤・パート <input type="checkbox"/> 不問											
★希望順に番号をつけてください。(4つまで)												
就職希望条件	職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 相談・支援・指導員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 保育士			<input type="checkbox"/> OT・PT・ST <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理員			<input type="checkbox"/> 運転手 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> (障) サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理者 <input type="checkbox"/> その他 []				
	分野	<input type="checkbox"/> 高齢 (介護保険施設) <input type="checkbox"/> 高齢 (施設以外) <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 児童 (保育所) <input type="checkbox"/> 児童 (保育所以外) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他福祉 [⇒具体的に _____] <input type="checkbox"/> 不問										
★希望の地域・市町村に○をつけてください												
地域	・河内地区 (宇都宮市・上三川町) ・那須地区 (大田原市・那須塩原市・那須町) ・上都賀地区 (鹿沼市・日光市) ・塩谷地区 (矢板市・さくら市・塩谷町・高根沢町) ・下都賀地区 (栃木市・小山市・下野市・壬生町・野木町) ・南那須地区 (那須烏山市・那珂川町) ・芳賀地区 (真岡市・芳賀町・市貝町・茂木町・益子町) ・阿蘇地区 (佐野市・足利市) ・不問											
夜勤・宿直	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		交代制勤務	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		勤務時間 (希望)						
休日	希望があれば具体的に					通勤時間 (希望)						
職歴等	福祉職	職歴 1	職種	年数	その他職歴	職歴 2	職種	年数				
		うち介護職としての勤務経過年数		通算		年						
求人事業所への情報提供	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (個人を特定できる内容は提供いたしません)		在職状況	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 在職中 ⇒ <input type="checkbox"/> 福祉分野 (介護) <input type="checkbox"/> 福祉分野 (介護以外) <input type="checkbox"/> その他		通勤手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他 []					
特定就職困難者雇用開発助成金	<input type="checkbox"/> 母子家庭の母等 <input type="checkbox"/> 障害者手帳所持 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 被災者		該当事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒上記に該当事項があることを、紹介先事業所に伝えることに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない								
介護福祉士等届出者項目	届出者登録		介護福祉士登録番号: _____ /登録年月日: 西暦 年 月 日									
		<input type="checkbox"/> ネット(マイページ) <input type="checkbox"/> 代行		離職年月日: 西暦 年 月 日 /離職理由: _____								