難病のある人の就労相談票

記載日　平成　　年　　月　　日

○この相談票は、就労相談をスムーズに進めることができるよう作成しました。
○この相談票を就労相談の際に利用してもしなくても結構ですし、持参しなくてはいけないものでもありません。
○相談票は、難病のある方自身が記入してください。また、すべての項目を記入しなくても結構です。
○ハローワークで求職登録する場合、この相談票を持参した場合も、別に所定の求職票に記入していただくことになります。
○プライバシーの保護に十分配慮し、就労相談以外に使用されることは一切ありません。また、御本人の了解なしに事業主等に提供されることはありません。

難病相談支援センターに就労相談をされる方は、こちらにお電話ください。

静岡県難病相談支援センター
054-286-9203

氏名	フリガナ		性別	男・女	現住所	〒□□□－□□□□			
	漢　字								
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		年齢	歳	連絡先	電話		FAX	
						メールアドレス			
						携帯			

仕事	現　在	在職中　　休職中（傷病手当：有・無）　　退職（雇用保険：有・無）　　その他（　　）			
	職　歴（古いものから順に）	職種	就業期間	仕事の内容など	離職の理由（概略）
			年　月～ 年　月		
			年　月～ 年　月		
			年　月～ 年　月		
			年　月～ 年　月		
			年　月～ 年　月		

病　名		発症年齢	歳	通院頻度	月　回
病　名		発症年齢	歳	通院頻度	月　回
病　名		発症年齢	歳	通院頻度	月　回

制度の利用	1　特定疾患医療受給者証　　2　特定疾患登録者証　　3　1、2とも持っていない　　4　わからない
	障害者手帳　（　無　・　有　（　身体・知的・精神　）　（　　）級　）
仕事をする上で気になること、配慮してほしいこと	
主治医の意見（難病のある方本人が記載）	主治医の就労の許可　（有・無）

新規就労又は転職を希望される方のみ、以下も御記入ください。

やりたいこと できること 得意なこと			
希望職種			
希望勤務時間	1日（　　）時間　週休（　　）日	希望通勤時間	片道（　　）分以内

静岡県難病患者就労支援検討会　作成