秋田県藤里町体験プログラム事業申込用紙

※事業所使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 初回相談受付日 |  | 受付者 | 事業所名： |
| プログラム番号  ※○をつけてください | ①  ５月受講 | 担当者： |
| 連絡先： |

■基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性　　別 | □男　□女　□（　　） | | |
| 氏　　名 |  | | 生年月日 | □昭和　□平成  年　　月　　日（　才） | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電　　話 | 自宅 |  | | 携帯 |  | |
| E-mail |  | | | | | |
| 来談者 | 氏名 |  | | 来談者との関係 | | □家族  □ |
| 電話 |  | |

■ご相談の内容（お困りのこと）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご相談された内容に○をおつけください。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。 | | | | | |
|  | 仕事探し、就職について |  | 病気や健康、障害のこと |  | 地域との関係について |
|  | 収入・生活費のこと |  | 住まいについて |  | 債務について |
|  | 仕事上の不安やトラブル |  | 家族関係・人間関係 |  | 家賃やローンの支払い |
|  |  |  |  |  |  |
| ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。 | | | | | |
| 【本人記載】  【追加聞き取り事項】 | | | | | |

■利用申込み欄

|  |
| --- |
| 藤里町社会福祉協議会　・（　　　　　　　　　　　　　　）相談事業所　様  別紙の「個人情報に関する管理・取り扱い規程」に基づいて、相談支援の検討・就労支援に関する事項を関係機関（者）と情報共有することに同意の上、事業を利用することを申し込む。  平成　　年　　月　　日　　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |