

## 受付票

■基本情報(任意)(該当するものに☑を入れてください)

ふりがな		学部・研究科			学科・専攻等		
氏名							
学年	<input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 修士 <input type="checkbox"/> 博士	回生	年齢	歳	帰省先	都道府県	
得意なこと (保有資格)							
障害の内容	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 病弱・虚弱 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他( )						
	障害(病)、診断名等  <input type="checkbox"/> 診断はないが、障害特性を自認している						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 検討中または未取得						
希望する企業							
希望の職種							
希望日時							

■相談内容

例)「障害者雇用の採用スケジュールが知りたい」、「求める配慮内容の伝え方について助言が欲しい」など

■学生1名につき1枚、相談表を記入いただき、個別意見交換を希望する企業の申込先メールアドレスにメールしてください。

■相談は企業が指定するオンラインツールを使用して、お一人30分で行います。

■個別意見交換終了から3日以内に、「アンケート」フォームをご入力の上、送信ください。