※いずれかの方法で、お申込みください。
●電話　018-896-1531　●FAX　018-866-2166　●メール　jiritusien@blue.ocn.ne.jp

バンク登録票

※黒枠の箇所をご記入ください。

ふりがな	
氏　　名	
生年月日	昭和　　平成　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳）
住　　所	現住所　　別居先　　その他（　　　　　　　　　　） 〒
電話番号	
メール	

※センター記載　受付年月日	
受付担当者	
リスト番号	
バンク番号	
※センターを知った経緯 行政機関　ハローワーク　母子生活支援施設　その他	

最終学歴	大学院　　大　学　　短　大　　専門学校	卒業等区分
	高　校　　中　学　　その他（　　　　　　　）	卒業　中退　在学

資　格 免許等			パソコン操作	Word　出来る　出来ない
				Excel　出来る　出来ない
運転免許	普通自動車免許　AT 限定免許　大型自動車免許　　その他（　　　　　　　　　　）			

家族構成 （同居者）	子ども	人　（　　　　　　　歳）	いざという時、子どもを見てくれる援助者はいますか いる　　いない
	親	父　　母　　祖父　　祖母	
	その他	続柄（　　　　　　　　　　）	

※希望条件を記入してください。
※職務内容に適合する求人情報提供を務めますが、必ずしも希望どおりの求人が存在するとは限りません。

職　種	第一希望	第二希望	第三希望	
自分が出来る職種	営業　販売　介護　製造　縫製　サービス　清掃　調理　一般事務　経理事務　その他（　　）			
地　域	第一希望	第二希望	第三希望	
給　与	月給・日給・時給　　基本給＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円以上			
勤務形態	正規　　臨時　　パート　　どちらでも			
休　日	月　火　水　木　金　土　日　祝日　年末年始　問わない			
時間帯	時　　分　～　　時　　分　　問わない			
通勤手段	徒歩・自家用車・その他（　　　　）	自家用車の有無	あり　　なし	
交代制勤務	可能　　一部可能　　不可	夜間勤務	可能　　一部可能　　不可	

※下記の要素のうち何を優先したいか（　　）に順位をご記入下さい。
仕事内容（　　）　就業時間（　　）休日（　　）　賃金（　　）　福利厚生（　　）　その他（　　　　）

（社）秋田県母子寡婦福祉連合会　秋田県ひとり親家庭就業・自立支援センター

就職活動の計画等について（必須）	今後取得したい資格・職業訓練等

当センター講座受講の有無	有　→　講座名（　　　　　　　　　　　　　　　） 無

ハローワーク等への就労相談の有無	有 無　→　理由（　　　　　　　　　　　　　　　）

現在の生計の状況	年金	児童扶養手当	児童手当	養育費
	生活保護	就労	親からの援助	その他（　　　　）

これまでの職歴（※直近のものから記入してください。）			
事業所名	所在地	職種	勤務期間
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月
			年　月～　年　月

ひとり親家庭になって困っていることや支援制度等へのご要望･ご意見など、自由にお書きください。