

キャリアカウンセリング Office SORA

利用申込書

|   |  |
|---|--|
| 申込日   | 西暦 年 月 日   |
| ふりがな<br>お名前   |  |
| ご住所   | 〒  |
| 生年月日  | 西暦 年 月 日 ( 歳)  |
| (任意) 性別   | 男性 女性 ( )  |
| 電話番号  |  |
| メールアドレス   |  |
| LINE<br>○印をつけてください                                      | 登録済み 登録予定 登録しない  |
| 連絡方法について<br><br>( ) 内に1、2、3、4<br>をご記入ください               | 通常時のご連絡の優先順位を教えてください<br><br>( ) ( ) ( ) ( )<br>LINE メール ショート<br>メッセージ 電話 |
| 該当する場合は<br><input checked="" type="checkbox"/> をつけてください | <input type="checkbox"/> 電話連絡は避けて欲しい<br>※ただし、緊急の場合にはご了承ください              |
| メンタル不調について<br>○印をつけてください                                | 現在、メンタル不調はありますか？<br>ない ある ( )  |
| メンタル不調がある場合<br>○印をつけてください                               | 病院に通院していますか？<br>通院している 過去に通院していた 通院していない                                 |
| メンタル不調以外で<br>気になる不調などはありますか                             | ない ある ( )  |

■利用にあたり、以下に2点についてご同意をお願いいたします。

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 利用規約の同意<br><input checked="" type="checkbox"/> をつけてください       | <input type="checkbox"/> 同意します |
| プライバシーポリシーの同意<br><input checked="" type="checkbox"/> をつけてください | <input type="checkbox"/> 同意します |