

令和6年度 第2回事業主支援ワークショップ 参加申込書

- ・ お申込みは、電話、メール、郵送より承ります。
- ・ 電話、メールの場合、ご所属、参加ご希望の方全員のお名前（ご職名）、ご連絡先をお知らせください。
- ・ 障害者雇用を進めるにあたって、お困りのことやご質問等がおありでしたら、併せてお知らせください。
- ・ 郵送の場合、以下の送付用フォーマットをご利用いただけます。
- ・ 受付完了後、担当者より確認のご連絡をいたします。

<連絡先・送付先>

北海道障害者職業センター旭川支所 宛 （担当：富賀）

Tel： 0166-26-8231

e-mail： asahikawa-ctr@jeed.go.jp

郵送：〒070-0034 旭川市4条通8丁目右1号LEE旭川ビル5F

1月10日
〆切

【お申込みフォーム】

ご所属 ご連絡先	TEL () メールアドレス ()
お名前 (ご職名)	(ご職名：) ----- (ご職名：)
➤ 以下の項目に✓をお願いします。 (1) 障害者雇用経験はありますか？ ☐雇用経験がある / ☐雇用経験がない (2) 雇用された障害者の障害種別についてお答えください。（（1）で「ある」を選択の方） ☐身体障害 / ☐知的障害 / ☐精神障害（発達障害を含む） (3) 今後、障害者の雇い入れを検討していますか？ ☐検討している / ☐検討していない	

<個人情報の取り扱いについて>

本参加申込書により取得しました個人情報は、北海道障害者職業センター旭川支所にて適正に管理し、以下の実施に限り使用いたします。

- ・ 事業主支援ワークショップ（受付用名簿の作成等）
- ・ 事業主支援サービスのご案内