**令和７年度第１回事業主支援ワークショップ 参加申込書**

**＜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：熊田）  
　　 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

【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