**令和７年度　第２回事業主支援ワークショップ**

**『障害者のキャリアと評価制度』**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 参加される方のお名前 | 所属部署 | 役職 |
|  |  |  |
|  |  |  |

意見交換でのグループ分けの参考とするため、下記のアンケートへのご回答をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 |  |
| 事業所規模(従業員数) | 　　 　　　　名程度 |
| 障害者雇用を進める上での課題について、該当するものを〇で囲んでください。※複数選択可 | (ア) 障害者の評価制度の導入、運用に関すること(イ) 障害者のキャリアアップに関すること(ウ) 条件や待遇の設定に関すること(エ)職務の創出、選定に関すること(オ)障害者の指導方法、雇用管理に関すること |
| その他※他の参加事業所と意見交換したいことがあればご記入下さい |  |

※申込書は郵送またはメールでお送りください

【郵送先】〒320-0865 宇都宮市睦町３－８　栃木障害者職業センター　近藤宛て

【E－mail】tochigi-ctr02@jeed.go.jp

　　　　　（件名に「**第２回**事業主支援ワークショップ申込み」と入力ください）