**令和７年度 障害者職業生活相談員資格認定講習**

**【任意受講科目】事前アンケート**

　「障害者の職場定着に向けた社内の支援について」、企業やご担当者様の

“お困りごと”、好事例、失敗例　など、自由にご記入ください。

**受講番号：2508-**

**事業所名：**

**氏　　名：**

**（記入欄）**

■本様式は次のサイトからもダウンロードできます。

　URL：https://www.jeed.go.jp/location/shibu/ibaraki/ninnteikousyuu2025.html

■内容に個人情報（雇用障害者の氏名など）は記入しないようお願いします。

■提出期限までに、　メール　または　郵送　でご提出をお願いします。

（提出期限）　　　**令和７年１０月８日（水）**

（メールアドレス）**ibaraki-kosyo@jeed.go.jp** ※件名を**【認定講習】**としてください。

（送付先住所）　**〒310-0803　茨城県水戸市城南1-4-7　第5プリンスビル5階**

**（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構茨城支部**

**高齢・障害者業務課あて**