|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 〔事務局　欄〕 | | | |
| / | / | / | / |
|  |  |  |  |

TEL：（０８８７）５３－３１１７

FAX：（０８８７）５３－１０９４

E-mail：fukushi@city.kami.lg.jp

香美市福祉事務所

障害者福祉サービス担当　宛て

**『障害者ジョブマッチ事業』協力企業登録　申込書**

協力・受入企業として登録を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社　名 |  | 電話 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | FAX |  |
|  | | |
| 責任者 |  | 役職 |  |
| 担当者 |  | 役職 |  |
| メール |  | | |
|  | | | |
| 形態 | □職場見学　　□就労体験　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 体験内容 |  | | |
|  | | |
| 受入日数 | ～　　日間　□協議（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 受 時間 | □午前　□午後　　時　　分　～　□午前　□午後　　時　　分 | | |
| 受 人数 | ～　　人（1回につき）　　□協議（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 付添 | * 必要（　　　　　）□協議（　　　　　）□不要（　 　　　　） | | |
|  | | |
| 留意点  その他 |  | | |
| 支援機関等への情報提供 | * ご登録いただいた内容を支援者や支援機関、体験者本人に提示することに同意します。 | | |
| 該当する項目（欄）の□に✓を入れてください | | | |

【お読みください】

・本事業は、香美市障害者自立支援協議会が、実施するものです。

・登録申込書にある情報については、本事業にのみ活用させていただきます。

・登録内容に変更が生じた場合には、速やかに香美市福祉事務所までご連絡下さい。