T E L: (0887) 53-3117 F A X: (0887) 53-1094 E-mail:	令 和 〔事務局	年 欄〕	月	F
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 ()
時間	□午前 □午後 時 分 ~ □午前 □午後 時 分
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。
L	」 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。