

FAX:017-777-6023

**「障害者就職面接会」・「障害者雇用支援セミナー」
参加確認票**

1. 「障害者就職面接会」 ※いずれかに○

・ **参 加** (参加人数 名) ・ **不参加**

● 障害者就職面接会に参加される場合の募集職種及び求人数

職 種	求人数	就 業 場 所	求 人 番 号

2. 「障害者雇用支援セミナー」 ※いずれかに○

・ **参 加** (参加人数 名) ・ **不参加**

3. 事業所名等

申込年月日 平成 2 9 年 月 日
.....
事業所名
.....
所 在 地
.....
電話番号 - -
.....
F A X - -
.....
所 属
.....
担当者氏名
.....

- ・ 平成 29 年 7 月 31 日（月）までにご回答をお願いします。
 - ・ 募集中の求人と同内容の募集の場合は、「求人番号」欄に求人番号をご記入ください。
 - ・ 募集中の求人がない場合は期限までに求人の提出をお願いします。
- ※障害者専用求人を提出されたことがない場合はお気軽にご相談ください。