

ハローワーク横浜 雇用援助部門 あて
Mail:koyouenjo-yokohamasho@mhlw.go.jp

特別支援学校見学会 参加申込書

雇用保険 適用事業所番号	――――――――――――――	
事業所名		
所在地		
連絡先(電話番号)		
出席者氏名	部署・役職名	

参加希望日に□をつけてください。参加申込状況により両日参加も可能です。

第1希望日	<input type="checkbox"/> 1月20日(横浜氷取沢)	<input type="checkbox"/> 2月19日(日野中央)
第2希望日	<input type="checkbox"/> 1月20日(横浜氷取沢)	<input type="checkbox"/> 2月19日(日野中央)
参加希望	<input type="checkbox"/> 両日参加希望	<input type="checkbox"/> いずれか1日希望
連絡事項	(例: 1月20日、2月19日1名参加希望など、連絡事項がありましたらご記入ください)	

申込締め切り日 令和8年1月14日(水)

※メールにてお申込みください。お手数ですが当用紙をPDFにしてメールに添付していただくか、上記内容をメールに直接入力(ベタ打ち)していただいてのお申込みでも結構です。

※申込締め切り後、調整のうえ参加の可否および詳細をメールにてご連絡いたします。