

ハローワーク川越 専門援助部門 あて
TEL 049-242-0197 (46#)
FAX 049-246-2754
Mail kawagoe2g@mhlw.go.jp

ハローワーク川越障害者就職面接会 参加申込書(事業所)

○申込期間：令和7年6月2日(月)～令和7年6月13日(金)※期日必着

令和7年9月26日(金)開催の障害者就職面接会への参加を希望します。

フリガナ		電 話	()
事業所名		F A X	()
所在地	〒	採 用 担当者 氏 名	
Email			

① ご出席者の氏名及び職名を記入してください

職名		
フリガナ 氏名		

② 面接会で募集する求人の内容

求人職種	(就業場所：市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム(一般) ・パートタイム (いずれかを○で囲んでください。)
求人職種	(就業場所：市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム(一般) ・パートタイム (いずれかを○で囲んでください。)
求人職種	(就業場所：市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム(一般) ・パートタイム (いずれかを○で囲んでください。)

③ 特別支援学校の生徒等の職場実習受入について (いずれかを○で囲んでください。)

可能 ・ 条件付きで可能 ・ 否

参加希望企業が多数の場合は、会場に制限があるためご希望に添えない場合があります。
あらかじめご了承ください。参加の可否等については、6月17日以降、郵送にてご案内させていただきます。