

所沢公共職業安定所 専門援助部門 あて メール又は郵送にて

e-mail : 11060senmon@mhlw.go.jp

郵送先 : 〒359-0042 所沢市並木6-1-3

問い合わせ先 : TEL 04-2992-8609 (45#)

申込期限:

令和8年7月10日(金) 必着

ハローワーク所沢・飯能 障害者就職面接会 参加申込書

令和8年10月15日(木)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		FAX	() ()
		適用事業所番号	—
所在地	〒 —	ご担当者 職名 氏名	フリガナ

面接会の参加を希望する場合、募集する求人の内容

*いずれかを○で囲んでください

求人職種	職種: (就業場所: 市・町)	求人数	人	雇用形態	
求人職種	職種: (就業場所: 市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム ・パートタイム
求人職種	職種: (就業場所: 市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム ・パートタイム
求人職種	職種: (就業場所: 市・町)	求人数	人	雇用形態	・フルタイム ・パートタイム

※「求人数」は実際に募集しようとしている人数を記入してください。

アンケートにご協力下さい

(該当する番号に○を付けてください)

- 障害者の雇用を
1.現在検討している 2.今後検討したい 3.今は難しい 4.職場実習なら可
- 特別支援学校生の職場実習受入れについて
1.受入れ可能 2.今後検討したい 3.今は難しい
- 難病者の雇用について
1.受入れ可能 2.今後検討したい 3.今は難しい
- 障害者雇用優良中小事業主認定制度(もにす認定)について
1.申請したい 2.制度説明を受けたい 3.希望しない 4.対象外

*アンケート内容について、関係機関と情報共有することについて

- 1.同意する 2.同意しない

アンケートの回答を踏まえて、ハローワーク等からご連絡させていただくことがあります。
お忙しいところご協力いただき、ありがとうございます。