視察･交流会参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 |  |
| 御会社名 |  |
| 業種 |  |
| 部門･役職名 |  |
| 連絡先 | (電話)　　　　－　　　　－（FAX） －　　　　－ |
| 乗車場所 | 静岡・浜松（どちらかに○をご記入ください） |

申込書送信先

 ＦＡＸ番号　０５４－２０５－３３０８

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

静岡高齢・障害者雇用支援センター

＊担当　渋谷・大庭

静岡市葵区黒金町59-6 大同生命ビル７F

TEL 054-205-3307