

アンケートにご協力ください

ハローワーク町田 雇用指導コーナーあてメールアドレスまでお送りください。

メールアドレス：hw1319sidou@mhlw.go.jp



事業所名	
所在地	
担当者名	
メールアドレス	
連絡先	

1 現在の貴社における障がい者の雇用状況を教えてください。

社員数		うち障害者数					
人	うち 短時間労働者	人	うち 身体障害者	うち 知的障害者	うち 精神障害者	うち 短時間労働者	うち 重度障害者
	人		人	人	人	有・無	有・無

(短時間労働者：週20時間以上30時間未満就労の労働者)

2 現在の障がい者の募集状況について該当する項目を丸で囲んでください。

【 ①募集している ②募集を検討している ③募集の予定ない 】

※ 募集している場合、募集媒体を丸で囲んでください、

【 ハローワーク ・ 民間求人媒体 ・ その他（ ） 】

3 2で②又は③を選択された場合のみご記入ください。

②を選択された場合、「募集を検討している」具体的な内容を教えてください

【 】

③を選択された場合、「募集の予定ない」具体的な理由を教えてください

【 】

4 障がい者雇用について希望する項目番号を丸で囲んでください。(複数回答可)

- (1) 就労支援セミナーに参加してみたい
- (2) 就労支援機関について説明を聞いてみたい
- (3) 障がい者雇用について詳しく聞いてみたい
- (4) ハローワークで障がい者求人募集をしたい