参 加 申 込 書

障がいがある方とともに働くためのセミナー

1　参加者（⑴又は⑵のいずれかにご記入ください。）

⑴　事業所、支援機関、学校関係、医療機関など団体で参加の方

事業所名、団体名	
所在地	
記入された方	

⑵　個人で参加の方

氏　名	

2　参加者について該当する箇所を〇で囲んでください。

・事業所　・支援機関　・学校関係者　・医療機関

・その他　具体的にお書きください　（　　）

3　参加されるにあたり配慮の必要な方はその内容、連絡先をご記入ください。

内容:　（　　）

連絡先:　（　　）

連絡先は、内容の確認の場合のみに使用させていただきます。

4　希望日を〇で囲み、参加人数をご記入願います。

・９月８日（木）　とりぎん文化会館　（　　人　）

・９月１日（木）　倉吉未来中心　（　　人　）

・９月５日（月）　米子ｺﾝﾍﾞﾝｼｮﾝｾﾝﾀｰ　（　　人　）

◎ FAX送信先

9月8日希望の方	ハローワーク鳥取	FAX　0857－22－6906
9月1日希望の方	ハローワーク倉吉	FAX　0858－22－6494
9月5日希望の方	ハローワーク米子	FAX　0859－33－3959

※番号をお間違えのないようお願いします。