

福岡障害者職業センター あて

E-mail : fukuoka-ctr@jeed.go.jp

※ メール の 件名 に【**障害者雇用セミナー**】と記載してください。

医療機関における障害者雇用に関するセミナー
”医療機関の「働き方改革」に貢献する障害者雇用”
申込書

令和 年 月 日

下記の内容で、障害者雇用セミナーの参加を申し込みます。

企業等	名称		
	所在地	〒	
	連絡先	TEL	FAX
	メールアドレス		
参加者①	氏名	所属 役職	
参加者②	氏名	所属 役職	
参加者③	氏名	所属 役職	
障害者雇用経験等 ※企業の方のみ	(講演やパネルディスカッションの参考します。障害者雇用の経験の有無や現在の雇用状況など、差し支えない範囲でご記入ください)		
事前質問	(講師や就労支援機関に聞いてみたいことなどがありましたら、ご記入ください)		

【個人情報の取扱いについて】

この参加申込書により取得した個人情報は、医療機関の障害者雇用ネットワーク及び福岡障害者職業センターにおいて適正に管理し、以下の目的に限り使用します。

- ① 本セミナーの実施(受講者名簿の作成等)
- ② 終了後のアンケート調査の実施
- ③ 今後実施する各種セミナー等の情報提供