

職場内障害者サポーター養成講座
受講申し込み書

受講希望回	第 回受講希望
	* 受講希望の回を、ご記入下さい

貴社名(必須)	
種別(要チェック)	中小企業(従業員300名以下) 大企業(従業員301名以上) 特例子会社
事業所名	
所属部署名	
お名前	フリガナ
お役職	
お電話番号	() -
ご住所	(〒 -) 東京都
メールアドレス	

お申し込み前に、 右記をご確認いただき、 チェックをつけてください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 当該事業所で障害者を雇用している、または講座を修了した日から6か月以内に障害者の雇用を予定している
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 支援の対象となる障害のある社員と同一の都内事業所に勤務(予定)している
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 職場内障害者サポーターとなった場合において、支援の対象となる障害のある社員に対する支援活動を十分行うことが出来る見込みがある

* お預かりした個人情報は、参加者登録のほか、統計データの管理に利用いたします。本事業に関するご案内を差し上げる場合がございます。
また、個人情報に関するお問合せ、修正削除等は下記連絡先までご連絡ください。
個人情報の取り扱いについての詳細はホームページ(<https://shougaisya-support.jp/privacy/>)を最後までお読みいただき、ご同意を頂いた上お申し込みください。
ご記入漏れがあった場合は、申込みをお受けできない場合がございます。

【お問い合わせ先】 職場内障害者サポーター運営事務局 (運営会社:株式会社パソナハートフル内)
TEL 03-6734-1096

職場内障害者サポーター運営事務局 お申込FAX番号 : 050 - 3730 - 9195 お申し込み後、事務局から「受講申し込み確定」通知のご連絡をいたします(メールにて)
--