

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)	<input type="checkbox"/> 中小企業(従業員300名以下) <input type="checkbox"/> 大企業(従業員301名以上) <input type="checkbox"/> 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	() -
ご所属事業所住所	(〒 -) * 東京都外の事業所の方はお申し込みができません 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、申し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
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)