

FAX送信先 03-5211-5463

お問合せ先☎：03-5211-2682

財団使用欄

(公財) 東京しごと財団 障害者就業支援課 コーポレート事業係 山崎・西面(さいめん)宛

## 職場体験実習面談会(4/23・24)参加申込書

受付期間：令和2年2月12日(水)午前10時～2月17日(月)正午(必着)

\*受付開始前にお申し込んでも受付いたしませんのでご注意ください。

令和2年 月 日

所在地

(省略せずにご記入ください)

TEL

FAX

担当部署

フリガナ  
担当者

HP

法人名称	* 特例子会社の場合はこちらにチェック <input type="checkbox"/>		代表者名	
事業内容			従業員数	
東京しごと財団での実習受入企業登録		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (登録希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
参加希望日	<input type="checkbox"/> 令和2年4月23日(木) <input type="checkbox"/> 令和2年4月24日(金)			
	■ どちらの日も可能な場合は、両日ともチェックを入れてください。 ■ 何れかの日にご参加いただけます。締切後、日程が決定次第、ご連絡致します。 ■ ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。			
実習内容(できるだけ詳しくご記入ください。) <input type="checkbox"/> 添付した申込内容確認表のとおり				
実習場所	【特定できる場合】	■ 所在地 <input type="checkbox"/> 同上	■ 交通機関 電車 線 駅下車徒歩 分 バス 駅下車徒歩 分	
	【特定できない場合】	<input type="checkbox"/> 都内全域 ( ) <input type="checkbox"/> 区内 ( ) <input type="checkbox"/> 多摩地域 ( )		
実習日数	日程度(予定)			
実習時間	時 分 から 時 分まで(うち休憩 分または 休憩なし ) その他( 実習場所(事業所)による ・ シフト制 )			
対象障害	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 ※該当する障害にチェックしてください。(複数選択可)			
実習後	<input type="checkbox"/> 実習後、採用選考の実施を検討 <input type="checkbox"/> 実習のみ			
アピールポイント ※今回の実習を経験することで実習生が得られることや職場の環境などをご記入ください。				
備考 ※実習に際して準備するものや留意点等がありましたらご記入ください。				

※(公財)東京しごと財団の個人情報保護基本方針に基づき、本事業で知り得た情報につきましては、本事業の目的の範囲を超えて利用することはいたしません。