

# 平成26年度 企業内育成型ジョブコーチ養成講座申込書

申込期限：平成26年11月20日（木）

企業等名称			
企業等全体の従業員数 _____人 ※障害者雇用促進法の障害者雇用率算定に使用する常用労働者数を記入してください。（企業規模を確認するために使用します。）	業種（産業）		
			業
企業等所在地	〒		
申込責任者	部署名		
	氏 名		
	電話番号		F A X 番号
障害者雇用の状況	ア 雇用している 身体 _____名 知的 _____名 精神 _____名 その他 _____名 【障害者の担当業務】（複数記載可：現場実習先企業決定の参考にします） [ _____ ] イ 雇用予定 _____年 _____月		
ふりがな			
参加者お名前			
参加者自宅住所	現場実習先企業決定の参考にします。 <b>町名までで結構です。</b>  最寄り駅：		
受講の目的			
※申込の経緯や志望動機について記載してください。			
備 考	研修の受講にあたり、配慮してほしいことがあれば記載してください。		

**【申込・問い合わせ先】**

神奈川県障害者就労相談センター 企画調整課

電話 045-633-6110 内線2514 F A X 045-633-5405

住所 〒231-0026 横浜市中区寿町1-4 かながわ労働プラザ5階