

「企業向け障害者雇用サポート講座」 受付票

記入日： 平成 年 月 日

記入者： _____

ふりがな		ふりがな	
企業名		担当者 (役職名)	
所在地		連絡先 (電話番号)	

講座内容について

実施希望日時	第一希望：平成 年 月 日 () : ~ :		
	第二希望：平成 年 月 日 () : ~ :		
講座対象者	① 従業員 ② 当事者 (雇用されている又は雇用する予定の障害者) ③ その他 () ↑いずれかを○で囲んでください。複数回答可。		
参加人数	名	講座形式	講義 ・ グループワーク ・ その他 ()
会場	① 依頼者が調整 (施設名・部屋：) ② 仙台市障害者就労支援センターに依頼 (希望場所：) ③ 仙台市障害者就労支援センター内 ④ その他 () ↑いずれかを○で囲んでください。場所については、日時・人数等の関係でご希望に添えない場合があります。		

1. 講座内容の希望について伺います。

1) 希望テーマ 「 _____ 」

2) 目的

3) 具体的な内容

4) タイムスケジュール

	講座内容	必要資料等	司会・進行役
: ~ : (分)			
: ~ : (分)			
: ~ : (分)			
: ~ : (分)			

<備考欄> ※その他、何かご希望ございましたら、ご記入下さい。