

相談受付票(企業)

※ 事業所名			※ 相談者 (所属部署)		
※ 所在地	※ 事業所所在地				
	本部所在地				
※ 連絡先	※ TEL			FAX	
事業内容				従業員数	企業全体 _____ 人 就業場所 _____ 人
障害者雇用 経験	あり(現在 名)・なし		雇用状況	知的 発達	名 / 精神 名 / 身体 名
業務内容				就業時間	
※ 相談区分	① 新規雇用について ② 雇用している障害者について ③ 作業委託につい て ④ 業務切り出しについて ⑤ 各種制度について(職親・トライアル雇用など) ⑥ その 他				
相談主訴					
今後の方針					

どこで仙台市障害者就労支援センターを知りましたか?(勧めてくれた紹介機関など)

※ ①HP ②ハローワーク ③相談支援機関 ④区役所障害高齢課 ⑤他企業 ⑥その他()

●受付日: _____ 年 _____ 月 _____ 日() _____ 時 受付者: _____
●次回予約: _____ 年 _____ 月 _____ 日() _____ 時 担当: _____