

就労支援スタッフ養成講座参加申込書

名 前 (ふりがな) 性別・年齢		連絡先	
年 月 日生 (歳)		ご自宅 〒	TEL
男・女			
所属先			
事業所名： _____ 〒 _____			
TEL _____			
雇用年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 雇用保険被保険の有無： 有 _____ ・ 無 _____			
障害者就労支援・ビルメンテナンス勤務経験の有無アンケート			
障害者就労支援経験 有 _____ ・ 無 _____			
有の方 就労支援をした職種 _____ 年数 _____ 年			
ビルメンテナンス業の勤務経験 有 _____ ・ 無 _____			
有の方 従事した職種 _____ 年数 _____			
名 前 (ふりがな) 性別・年齢		連絡先	
年 月 日生 (歳)		ご自宅 〒	TEL
男・女			
所属先			
事業所名： _____ 〒 _____			
TEL _____			
雇用年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 雇用保険被保険の有無： 有 _____ ・ 無 _____			
障害者就労支援・ビルメンテナンス勤務経験の有無アンケート			
障害者就労支援経験 有 _____ ・ 無 _____			
有の方 就労支援をした職種 _____ 年数 _____ 年			
ビルメンテナンス業の勤務経験 有 _____ ・ 無 _____			
有の方 従事した職種 _____ 年数 _____			