

株式会社総合キャリアトラスト 宛

FAX: 026-252-5131

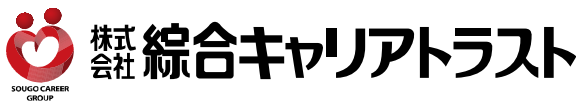
障がい者職場サポーター養成研修会 参加申込書

フリガナ			
法人名 ※			
フリガナ			
所在地 ※			
フリガナ			
担当者 (部署名/役職名)			
TEL ※	-	-	
FAX	-	-	
E-Mail			
参加日付 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 記入	日付	会場	人数 ※
<input type="checkbox"/>	平成27年3月19日・20日	上田市中央公民館	<input type="text"/> 名
<input type="checkbox"/>	平成27年3月26日・27日	伊那市生涯学習センター	<input type="text"/> 名
<input type="checkbox"/>	平成27年4月16日・17日	ホク外文化ホール	<input type="text"/> 名
<input type="checkbox"/>	平成27年4月22日・23日	松本勤労者福祉センター	<input type="text"/> 名

※の箇所は必ず記入をお願いします

FAXをお送りいただいた後、2営業日以内に折り返しお電話を差し上げます。

当日の会場や時間割等、詳しい内容をご案内いたします。



お問い合わせ先
 障がい者雇用促進・職場定着支援事業事務局
 担当: 戸谷
 TEL. 026-252-5130
 FAX. 026-252-5131
 E-mail: nagano_syougaisyasien@socat.jp