

令和 年 月 日

神奈川障害者職業能力開発校
就職担当 行き (FAX 042-740-1497)

「求人企業説明会」実施申込書

神奈川障害者職業能力開発校の訓練生を対象とした「求人企業説明会」の実施を申込みます。

●企業等の概要

貴企業・事業所名	
ご担当者名	
所在地	〒 電話 _____ FAX _____ E-mail : _____
業務内容	
総従業員数	
(障がい者数)	
(障がい種別)	☐ 知的障がい(人) ☐ 精神障がい(人) ☐ 肢体不自由(人) ☐ 内部障がい(人) ☐ 視覚障がい(人) ☐ 聴覚障がい(人) ☐ その他()

●説明会申込内容

希望日時※	第一希望(月 日 午前・午後)、第二希望(月 日 午前・午後)
プレゼン機器 (当校の機器を使用)	パソコン ☐ 必要 ☐ 不要 プロジェクタ・スクリーン ☐ 必要 ☐ 不要 パワーポイントバージョン ☐ 2013 ☐ 2016 ☐ 2019
採用予定人数	人
(障がい種別)	☐ 知的障がい(人) ☐ 精神障がい(人) ☐ 肢体不自由(人) ☐ 内部障がい(人) ☐ 視覚障がい(人) ☐ 聴覚障がい(人) ☐ その他()
採用予定の 業務・条件等 (参考となるもの を添付)	
(採用予定時期)	

※ 希望日の1ヶ月前までに、郵便・FAX・メール等によりお申し込みください。