

■ 就労支援スタッフ養成講座参加申込書

(FAX:06-6920-3522)

①	名 前 (ふりがな) / 性別・年齢		連絡先	
			ご自宅	
	男 ・ 女		〒	
	年 月 日生 ( 歳)		TEL	
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				
※ 大阪府へ提出する為に必要となりますので、必ずご記入願います。その他用途へは一切使用いたしません。				
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 _____				
②	名 前 (ふりがな) / 性別・年齢		連絡先	
			ご自宅	
	男 ・ 女		〒	
	年 月 日生 ( 歳)		TEL	
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				
※ 大阪府へ提出する為に必要となりますので、必ずご記入願います。その他用途へは一切使用いたしません。				
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 _____				