

|  |  |
| --- | --- |
| 参　加　申　込　書 | |
| 第　　　　回（令和　　　年　　　月　　　日開催）の研修に参加希望 | |
| 事業所名 | |
| 所在地 〒 | |
| 電話番号  （　　　　　）　　　　　－ | FAX番号  （　　　　　）　　　　　－ |
| 参加者1　役職　氏名 | 携帯電話  　　　　　－　　　　　－ |
| E-mail |
| 参加者2　役職　氏名 | 携帯電話  　　　　　－　　　　　－ |
| E-mail |
| お預かりした個人情報はセミナー管理のみに使用し、その他の目的では一切使用いたしません。  当事業は全国障害者雇用事業所協会が委託を受け運営しています。  当協会では受付手続き等、委託を受けた範囲のみで個人情報を利用します。  チェック欄　：　□個人情報の取り扱いに同意します。 | |

