

チャレンジドオフィス職場見学会 申込書

受付番号

※

令和 年 月 日 現在

<p>申込者</p>	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 歳)
	郵便番号	—	
	現住所	—	
	電話番号	自宅 () —	
		携帯電話 () —	
受付票送付先 (現住所と同じ場合は記入不要)			
郵便番号	—		
現住所	—		
<p>手帳記載事項</p>	障害の種類 (取得しているものを○で囲む)		
		①療育手帳、又は児童相談所等が発行した知的障害者の判定書	②精神障害者保健福祉手帳
	障害名 又は病名		
	等級	A・B1・B2	級
	手帳番号	第 号	号
交付日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
<p>参加希望日程</p> <p>※希望する日程等を第2希望まで記載してください。</p> <p>※各部ともに先着順で3名までとなります。</p>	<p>●令和7年9月5日(金) 第1部 13時～</p> <p>●令和7年10月10日(金) 第1部 9時～</p> <p>●上記の日程以外で個別相談を希望</p> <p>第2部 14時半～</p> <p>第2部 10時半～</p>		
<p>職場見学会における配慮に関する要望</p> <p>※要望がない場合は記載不要</p>			
<p>チャレンジドオフィスへの応募意向確認</p>	<p>採用試験への応募を考えている ・ 応募は考えていない</p>		
<p>支援者の同席を希望される方のみ記載してください。</p>			
<p>同席者氏名</p>		<p>受験者との関係</p>	

※本職場見学会への参加は、採用試験には関係ありません。

※本職場見学会への参加に係る交通費の支給はありません。

※上記の個人情報はチャレンジドオフィス職場見学会及び採用試験以外の用途には利用いたしません。