（提出先）　メール ：　u1904@city.utsunomiya.tochigi.jp

**提出期限　：　１２月６日（金）**

別紙２

宇都宮市保健福祉部障がい福祉課　担当：飯島　宛

**令和６年度「障がい者就職ガイダンス」参加連絡票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業名 |  | | |
| 担当者名 |  | 役職 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－ | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ | ＦＡＸ | （　　　　　）　　　　　－ |
| メールアドレス | ＠ | | |

●　参加について

|  |  |
| --- | --- |
| 午前１０時～１１時３０分（受付：午前９時３０分）  **第１部　：　講話**　※一般の従業員の方が主な対象 | 参加（　　　　　　人）　・　　　不参加 |
| 午後１時～３時４５分（受付：午後０時３０分）  **第２部　：　個別ブースにおける企業説明** | 参加（　　　　　　人）　　・　　不参加 |

（第１部への参加については参加人数を御記入ください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　【第２部】「参加」の場合には，下記について御回答ください。

●　現在，採用募集している職種と人数（あれば）を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 人数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

●　障がい福祉課では，企業体験会（一般就労を目指す障がい者が企業の業務等を体験する）の実施を予定しております。御協力いただけるかどうかについて当てはまるものを〇で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力可 | 未定 | 協力不可 |

* 「協力可」，「未定」の御回答をいただいた場合，ご協力依頼のご連絡をさせていただく場合がございますので，ご了承ください。

【お申込み・お問合せ先】

〒320-8540　宇都宮市旭1丁目1番5号

宇都宮市 保健福祉部 障がい福祉課　自立支援グループ　担当：飯島

TEL：028-632-2229　FAX：028-636-0398

メール：u1904@city.utsunomiya.tochigi.jp