**「障がい者就労体験会」協力連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 担当者名 |  | 役職 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－ |
| メール |  |

○希望日時

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日付 | 体験期間 | 体験時間 |
| 例）令和〇年〇月〇日（〇），〇日（〇），〇日（〇） | ３日間 | １０:００～１６：００ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

現時点で未定の場合は，目安でご記載ください。　　例）９月頃，２日間～３日間等

複数の日程で体験会を開催することも可能です。

○受け入れ可能人数

|  |
| --- |
| １回につき（　　　　　　）名　 |

○体験内容

|  |
| --- |
|  |

例）事務業務（Excelを使った数字や文字のデータ入力作業等）

○体験場所（上記，記載の住所と異なる場合）

|  |
| --- |
|  |

【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：小林

TEL　028-632-2229　メール　u1904@city.utsunomiya.tochigi.jp