【福岡県障がい者雇用拡大事業就職相談会申込】

支援機関名	
支援者名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

■□■□■　お申込　■□■□■

MAIL：koyoukakudai@socat.jp

FAX：092-733-3919

お申し込みはなるべくメールでお願いします

優先順位を１～４で記入して下さい

↓障がい者雇用拡大事業の登録確認

2/3(水) 午前	2/3(水) 午後	2/9(火) 午前	2/9(火) 午後	参加者氏名	ふりがな	登録	手話通訳者の 配置希望	当日同行 (制限1名)