

個別相談会申込 兼 事前アンケート

参加申込	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加できないが相談したい <small>※参加をご希望された際、担当者より連絡・訪問させていただく場合がございます。</small>		
(ふりがな)			
事業所名称			
所在地	〒 ー	電話	E-mail
参加者職氏名	役職		氏名
	役職		氏名
業種	例:倉庫業、小売業など		
従業員数	例:総従業員数 100名 事業所従業員数 12名 総従業員数 _____ 名 うち事業所従業員数 _____ 名		
障害者雇用経験の有無	<input type="checkbox"/> あり 雇用数 名(うち身体 名、精神 名、知的 名)		
	<input type="checkbox"/> 過去経験があるが、現在なし 雇用数 名(うち身体 名、精神 名、知的 名)		
	<small>※採用に至った経緯</small> <input type="checkbox"/> ハローワーク求人 <input type="checkbox"/> 求人サイト <input type="checkbox"/> 直接雇用 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 不明		
現時点における不安要素 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 障害のある人に適した業務がない <input type="checkbox"/> コミュニケーションが難しそう <input type="checkbox"/> 社内に支援体制が整備されていない <input type="checkbox"/> 過去雇用した際に問題があった <input type="checkbox"/> 他の従業員の理解を得るのが難しい <input type="checkbox"/> 障害者に対するイメージが湧かない <input type="checkbox"/> 雇用を取り巻く社内環境と制度がわからない <input type="checkbox"/> その他 ※自由記述にご記入下さい		
	<small><<自由記述欄>> ※その他、聞きたい事や知りたい事などもございましたらご記入下さい</small>		