

京都市障害者雇用促進アドバイザー派遣等支援事業  
申 込 書

企業名			
本社所在地			
業種			
事業内容			
代表者名			
従業員数	人		
	◆従業員に障害のある方がいる いる (      人) / いない		
創業年月	年	月	
役職・担当者名	部署名		
担当部署の所在地(本社と異なる場合のみ記載)			
メールアドレス		電話番号	
企業URL		ファックス	
支援を希望する具体的な内容 (現状や課題、支援を希望する内容等を詳しく書いてください。)	【現状と課題】		
	【申請内容について】		
	(1)目的		
	(2)内容		
	(3)半年後の目標		
【今回の相談で聞きたいこと】			
【相談形式】 希望される形式を選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン			