

令和7年度 ワークサンプル幕張版(MWS)講習会 参加申込書

メール shirakobato@koshigaya-syakyo.com

FAX 048-965-6597

※eメールでの申し込みの場合のタイトル・・・MWS講習会申込【所属事業所名】
をお願いいたします

※おひとり様につき、1枚記入

ふりがな		職名
氏 名		
所 属 事 業 所	名 称	
	電話番号	
	FAX、もしくは メールアドレス	※受講決定のお知らせをします。どちらか受けやすい方の記入をお願いします。
就労支援の ご経験		1年程度 ・ 2年程度 ・ 3～5年程度 ・ それ以上
来所方法		車 ・ 自転車、徒歩 ・ 公共交通機関
ご質問など		

【個人情報の取り扱いについて】

この参加申し込みにより取得した個人情報は、越谷市障害者就労訓練施設しらこぼと、埼玉障害者職業センターにおいて適正に管理し、当研修の実施に限り使用します。