

平成 年 月 日

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
長野支部 高齢・障害者業務課長 あて
(FAX 026-243-2077)

障害者雇用納付金制度事務説明会 出席申込書

1 事業主名 (会社名)			
2 所在地	TEL - -		
3 出席を希望する説明会	説明会番号 【 】 ※ご案内文書中の『説明会番号』欄の【1】～【13】のいずれかをご記入ください。 定員に達した場合は他の回に変更していただくことがありますので、あらかじめご承 知おさください。		
4 出席者名	所属		氏名
	所属		氏名
5 質問事項があればご記入ください			

(注) 上記の個人情報については、説明会開催目的以外の使用及び第三者への提供は一切行いません。

平成30年1月29日(月)までにFAX(026-243-2077)にてお申込みください。