

「障害者はたらく応援団なら」登録申込書

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

事業所名

代表者氏名

印

「障害者はたらく応援団なら」に下記のとおり登録を申し込みます。

記

1 事業所名

2 業種名

3 所在地

4 担当者の役職・氏名

5 連絡先（電話・Fax）

6 メールアドレス

*上記の個人情報については、登録申込に関する問い合わせ以外には使用しません。

*本書は、奈良県福祉医療部障害福祉課へご提出ください。

《 提出先 》

〒630-8501 奈良市登大路町 30 番地 Tel0742-27-8514

奈良県福祉医療部障害福祉課 障害者雇用促進係