

平成 29 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 へ
(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】～【14】のいずれかをご記入ください ・定員は各回とも 50 人です ・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きください			
4 出席者名	所属		氏名	
	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 29 年 2 月 3 日 (金) までに FAX (026-243-2077) にてお申込みください。