

神奈川県 雇用労政課 障害者雇用促進グループ 行
[FAX:045-210-8873]

F A X 参 加 申 込 書		
1 企業名【必須】		2 部署名/役職名【任意回答】
3 氏名(ふりがな)【必須】		
4 電話番号【必須】		
5 電子メールアドレス【必須】		
6 希望する参加形式(いずれかにチェック)【必須】 ☐ 会 場 参 加 ：全プログラム参加 ☐ オンライン参加：「質疑・応答等」までの参加 【定員等について】 ☐ 会場参加の定員は40名で、先着順となります（定員を超えた場合のみ連絡します。）。 ☐ オンライン参加の場合、定員はありません。 ライブ配信視聴用URLを開催の数日前にメールでお知らせします。		
7 企業等として、障がい者雇用の経験はありますか（いずれかに○印）【任意回答】 有 ・ 無		
8 障がい者雇用を進めるに当たり、どのようなことに課題を感じていますか（複数回答可）【任意回答】		
【雇用に向けた準備】 ☐ 障がい者と一緒に働くための 社内の理解促進 ☐ 職務(仕事内容)の選定 ☐ 社内環境の整備	【採用活動】 ☐ 求人票の作成 ☐ 募集方法、求人媒体の選定 ☐ 面接、選考	【雇用後の職場定着】 ☐ 社内の支援体制 ☐ 当事者に対する配慮の内容 ☐ 日々の業務での接し方 (指導、指示、評価方法等) ☐ 就労支援機関との関わり方
9 【グループトークに参加される方のみ御回答ください】 グループトークでの希望について(複数回答可)【任意回答】 ☐ 業種が（ 近い ・ 異なる ）企業等の話が聞きたい → 貴社の業種（ ） ☐ 従業員規模が（ 近い ・ 異なる ）企業等の話が聞きたい → 貴社の従業員規模（ ）人 ☐ 雇用経験が（ ある ・ ない ）企業等の話が聞きたい ☐ その他（ ） ※ 希望に添えない場合があります。あらかじめ御了承ください。		
10 障がい者雇用を進める上での課題・悩み、登壇企業に聞いてみたいことなど【任意回答】 (8、9で選択した項目を具体的に記述していただいても結構です。)		
※ 当該アンケートの回答内容は、グループトークの際の、グループ分け等に活用します。		