

**「2024年度 障害者雇用企業見学会」開催のお知らせ**  
**(障害者雇用企業における雇用と育成)**

主催 特定非営利活動法人 障害者雇用部会  
 共催 一般社団法人 神奈川県経営者協会  
 電機連合神奈川地方協議会  
 神奈川労働局

本年度も障害者を雇用している企業様のご協力により「障害者雇用企業見学会」を下記の通り実施致します。ご参加頂きますようご案内致します。

【記】

1. 日時 2025年2月3日(月)～2月28日(金) 午前または午後(1～2時間程度)
2. 場所 NPO法人 障害者雇用部会会員企業の事業所(日程と企業概要参照)
3. 参加費 無料(但し、交通費は自己負担。)
4. 申込 下記の参加申込票に記入し、1月8日(水)までにお申込み下さい。  
 今年度も受入制限数の関係から複数企業見学のお申し込みは出来ません。  
 応募者多数の場合は見学先企業を調整させていただきますので、ご承知おきください。  
対象は、管理者・指導員等ですので、障害者の見学についてはご遠慮ください。
5. 見学等決定の連絡  
 調整後の見学先や日時・集合場所等の詳細の連絡は、決定次第、Eメール等により、  
 ご案内致します。

※切り取らず送付してください。

**「障害者雇用企業見学会」参加申込書**

発信日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**宛先**

NPO法人 障害者雇用部会 事務局 行

**申込期限:** 1月8日(水) 必着

**送付先Eメール:** [bukai11@dream.jp](mailto:bukai11@dream.jp) (担当: 雅楽川(ウカガリ))

※基本メールで送付して下さい。 FAX:045-270-5843 TEL:045-270-5825

〒235-0045 横浜市磯子区洋光台5-1-35 洋光台鈴木ビル5階

障害者雇用企業見学会に _____ 名、参加を申し込みます。			
団体・所属		所在地	県・都 _____ 市・区 _____
窓口	(ご担当者名)	TEL	
メールアドレス		FAX	
参加者 ご氏名		(第1希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第2希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第1希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第2希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第1希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第2希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第1希望) _____ 日 企業名 _____	
		(第2希望) _____ 日 企業名 _____	

**\* 事務連絡のためメールアドレスは正確にお書きください。メールが無い場合は FAX でお送りします。**