

大仙市地域自立支援協議会
第1回 障がい者雇用サポート交流会
参加申込書

令和8年 月 日

☐ 一般企業の方 ☐ その他関係機関の方 ☐ 障がいのある方およびそのご家族の方

企業名 又は 所属先			
担当者			
電話		mail	
参加者氏名			

ここから任意の質問になります。よろしければお答えください。

①パネルディスカッションで聞きたいことをご記入ください

②当日の交流・情報交換の方法について、ご希望があれば回答してください

※何個選んでも構いません

- | | |
|--|---|
| ☐ 参加者が誰にでも話せる自由時間を作ってほしい | ☐ 当日記入する質問カードを配ってほしい |
| ☐ 話すきっかけになる簡単な自己紹介の時間がほしい | ☐ 何をしていたか分からないので当日最初に交流の仕方を説明してほしい |
| ☐ パネリストごとにグループを作ってほしい | ☐ 流れ解散にしてほしい |
| ☐ その他 | |

※②の質問で「その他」と回答された方は、こちらの空いているスペースに具体的な回答をご記入ください

＜問い合わせ先＞

社会福祉法人水交会 大仙市基幹相談支援センターかのん 安藤・佐藤・山信田・大友

〒014-1413 大仙市角間川町八幡前286-2（地域サポートセンター川音 内）

TEL : 0187-65-2003

FAX : 0187-73-5603

mail : daisen-kan@suikoukai.or.jp