

## 福祉のしごと就職フェア2020 出展申込書

法人名： \_\_\_\_\_

みだしの件について、次のとおり申したいします。

## 1. 出展ブースに表記する法人名(当日資料含む) ※16文字程度

|  |
|--|
|  |
|--|

※社会福祉法人 ○○会:法人名のみ ※原則1法人につき1ブース

## 2. 募集予定求人について ※つぎの募集対象者欄の□に✓を入れてください(複数選択可)。

| No. | 事業所名 | 職種 | 人数 | 雇用形態 | 募集対象者※注  |
|-----|------|----|----|------|--|
| 1   |      |    |    |      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 新卒(大学等) <input type="checkbox"/> 新卒(高校) |
| 2   |      |    |    |      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 新卒(大学等) <input type="checkbox"/> 新卒(高校) |
| 3   |      |    |    |      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 新卒(大学等) <input type="checkbox"/> 新卒(高校) |
| 4   |      |    |    |      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 新卒(大学等) <input type="checkbox"/> 新卒(高校) |
| 5   |      |    |    |      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 新卒(大学等) <input type="checkbox"/> 新卒(高校) |

※注:募集対象者欄の新卒(大学等)、新卒(高校)とは、令和3年3月に卒業する学生・生徒のことを指します。  
また、新卒(大学等)には、大学・短大・専修学校・専門学校・高等専門学校が含まれます。

## 3. 正社員(職員)登用制度(または類似する制度)の有無 ※下記□に✓を入れてください。

|                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 登用制度を設けている | <input type="checkbox"/> 登用制度は設けていない |
|-------------------------------------|--------------------------------------|

## 4. 職場見学の可否 ※下記□に✓を入れてください。

|                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受け入れ可能 | <input type="checkbox"/> 受け入れていない |
|---------------------------------|-----------------------------------|

## 5. 資格取得支援制度(または類似する制度)の有無 ※下記□に✓を入れてください。

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 資格取得支援制度を設けている | <input type="checkbox"/> 資格取得支援制度を設けていない |
|---|--|

## 6. 無資格・未経験者の応募可能な求人の有無 ※下記□に✓を入れてください。

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有り | <input type="checkbox"/> 無し |
|-----------------------------|-----------------------------|

## 7. 連絡先・担当者

|            |        |      |   |
|------------|--------|------|---|
| 所属<br>事業所名 | (フリガナ) | TEL  |   |
|            |        | FAX  |   |
|            |        | MAIL |   |
| 担当者名       | (フリガナ) | 住所   | 〒 |

※必須

## 【申込先】

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会 福祉人材研修センター [担当:國吉・宮城・古澤]

住所 〒903-8603 那覇市首里石嶺町4-373-1 県総合福祉センター 西棟3F

TEL 098-882-5703 / FAX 098-886-8474 / MAIL jinzai@okishakyo.or.jp

申込方法: **MAILまたはFAX** 申込期日: 令和2年10月2日(金)必着 ※厳守

※お手数ですが、MAILまたはFAXの送信後は、必ず、本会へ電話による到着確認の連絡をお願いいたします。