オレンジパートナーネットワークウェブサイト

認知症の方（主に若年性認知症の方）向けお仕事情報の掲載申請フォーム

○　認知症の方（主に若年性認知症の方）向けの就労情報の掲載を希望する企業、事業所等は、本フォームにご入力のうえ、ご申請ください。

○　必要に応じて、内容確認のための連絡をさせていただくことがあります。

○　なお、ご登録いただいた団体の役員等に、暴力団関係者がいないことを確認するため、別添「役員氏名一覧表」を御提出いただくとともに、神奈川県警察本部に照会させていただきます。

○　ウェブサイトを通しての採用状況について、後日問合せさせていただきますのでご了承ください。

■法人名、事業所名（必須）

|  |
| --- |
|  |

■法人、事業所の所在地（必須）

|  |
| --- |
| 〒 |

■電話番号（必須）※求人への申込みや問合せを受ける担当者につながる番号

|  |
| --- |
|  |

■ファクシミリ

|  |
| --- |
|  |

■メールアドレス（必須）※求人への申込みや問合せを受ける担当者につながるメールアドレス

※県の施策や認知症に関する情報等をお送りすることがあります。

|  |
| --- |
|  |

■代表者名（必須）

|  |
| --- |
|  |

■代表者名（ふりがな）（必須）

|  |
| --- |
|  |

■担当者名（必須）※求人への申込みや問合せを受ける方

|  |
| --- |
|  |

■担当者名（ふりがな）（必須）

|  |
| --- |
|  |

■ホームページのURL

|  |
| --- |
|  |

■業務内容（必須）

・業務内容（例:箱詰め梱包作業）

|  |
| --- |
|  |

・就業場所

|  |
| --- |
|  |

・就業時間（例:9:00～18:00）

|  |
| --- |
|  |

・休憩時間（例:12:00～13:00）

|  |
| --- |
|  |

・出勤日数、休日等（例:土日・祝日休み、シフト制で週２～３日勤務）

|  |
| --- |
|  |

・賃金等（例:月給○万円、時給〇円、謝金として１出勤当たり○円）

|  |
| --- |
|  |

・雇用形態

　[ ] 　一般雇用（常勤）　　[ ] 　一般雇用（非常勤、パート、アルバイト等）

　[ ] 　障がい者雇用　　[ ] 　就労支援Ａ型　　[ ] 　就労支援Ｂ型　[ ] 　その他

|  |
| --- |
|  |

・掲載希望期間（例：令和５年４月１日～令和５年４月31日、特になし）

|  |
| --- |
|  |

・業務内容詳細

|  |
| --- |
|  |

■その他交通費、加入保険、契約期間、試用期間等について適宜ご入力ください。

|  |
| --- |
|  |

■提供写真及びチラシ、PDF等の有無について（必須）

[ ] 　あり

※頂いた写真及びチラシ等のデータは、ウェブサイト上で公開させていただくので、許諾を得たものを提供願います。

※写真データはメールに添付してご提出ください。

[ ] 　なし

■過去に申請したことがある法人、事業所はチェックを入れてください。　　[ ]