高砂市　障がい者就労施設等への業務委託希望　情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| ■情報提供日※情報の有効期限 | 年　　　　　　月　　　　　　日（この情報は、　　　　年　　　月　　　日まで有効） |
| ■企業名 |  |
| ■作業内容※作業量、納期、工賃、作業場所（事業所or企業）なども含む◎詳細がわかる資料を添付でも可 |  |
| ■継続依頼の可能性 | 有　　　・　　　無 |
| ■その他 |  |
| ■連絡先 | 企　業　名：（部署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：住　所　：TEL　：FAX　：MAIL　： |

◎ご提出いただいた内容で市内障がい者就労施設等に情報提供します。

◎業務請負に係る具体的な内容は、直接事業所と相談していただくようお願いいたします。

提出先：高砂市役所　福祉部　障がい福祉課

MAIL：tact2511@city.takasago.lg.jp

　　　　　　　　TEL　：079　–　443　–　9027　　/　　FAX　：079　–　443　-　3144