様式第１号

障害者就業体験内容登録申請書（新規・変更）

|  |
| --- |
|  事業所名 ：（役職：　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　　　　） |
|  本社所在地：（〒　　　　－　　　　　　） 電　話 　（　　　　） 　 FAX （　　　　） E-mailｱﾄﾞﾚｽ HPｱﾄﾞﾚｽ |
|  体験実施場所：（〒　　　　－　　　　　）※本社所在地と同じ場合は、「同上」と記載 電　話　　　　　 　（　　　　） 　　　　　　　　　 FAX （ ） |
|  事業内容： |
|  従業員：当事業所　　　　　　　　人 企業全体　　　　　　　人 |
|  職　　種： |
|  体験の内容（具体的に）： |
|  必要な経験・免許・資格等 |
|  作業遂行上不可とする身体条件 |
|  就業時間：　　　　　　時　　　　分　～　 時　　　　分　　（休憩　　　分） |
|  体験開始可能日　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～ |
|  体験受入れ可能人数　　　　　　　　　　人 |
|  体験期間 　　　　　日間 |
| 　担当者 課係名： 氏　名： 連絡先：　　　　　　　（　　　　） |  体験実施場所までの地図 （最寄りの駅・バス停からの道順） |

受理日　令和　　年　　月　　日