障害者（短時間）トライアル雇用期間延長届

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　労働局長　殿

（　　　　　　　　公共職業安定所経由）

住所

名称

代表者氏名

下記のとおり、障害者（短時間）トライアル雇用期間を延長したいので届け出ます。

記

1. 対象者の氏名

（雇用保険被保険者番号　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　　）

1. 延長前について

　（１）トライアル雇用期間

　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

（２）トライアル雇用中の労働条件

　　　　賃金

　　　　就業時間

1. 延長後について

　（１）トライアル雇用期間

　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

（２）トライアル雇用中の労働条件

　　　　賃金

　　　　就業時間

1. 延長の理由
2. トライアル雇用実施労働者確認欄

上記内容について対象労働者本人が同意していますか。

　□はい　　□いいえ