職場実習推進事業参加申込書

（就労支援機関等用）

当機関は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認のうえ、職場実習推進事業に参加を希望いたします。

令和　　年　　月　　日

機関名（正式名称）：

所在地：〒

担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

※原則としてリスト等については、メールにて配信いたしますので、メールアドレスの記入をお願いいたします。不都合がある場合は、問い合わせください。

―申込書はメールにて福島労働局まで提出ください―

≪宛先および問い合わせ先≫

〒９６０－８５１３ 福島市花園町５番４６号　福島第二地方合同庁舎３階

福島労働局　職業安定部　職業対策課　雇用指導係（障害担当）あて

℡　　 ０２４－５２９－５４６３

ﾒｰﾙ taisakuka-fukushimakyoku@mhlw.go.jp