職場実習受入れ回答票

　当事業所は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認の上、職場実習受入れに協力いたします。

なお、当事業所において職場実習の受入れを予定している業務等は以下のとおりです。

①事業所名称　　　　　　　　　　　（適用事業所番号：　　　　　　　　）

②所 在 地

　郵便番号

　住　　所

③事業内容

④従業員数　　受入事業所　　　　　人　　　　企業全体　　　　　人

⑤実習対象者に従事させる業務

⑥特記事項

⑦希望する情報提供先　　労働局とハローワークのみ　　　関係機関を含む　※

※労働局HPにて公開

⑧実習担当者（又は連絡担当者）

　氏　　名

　所属部署

　連絡先電話番号

令和　年　　月　　日

事業所名：