

送信先：北海道労働局 職業安定部 職業対策課 雇用対策係（障害担当）行き

FAX番号：011-738-1062

別紙2

## 職場実習受入回答票(企業登録用)

当事業所は「障害者に対する職場実習に係る注意事項（※）」を確認のうえ、職場実習受入に協力いたします。なお、当事業所において職場実習の受け入れを予定している業務等は以下の通りです。

事業所情報	① 事業所名称	(適用事業所番号： )						
	② 所在地	[郵便番号]						
		[住所]						
	* 実習予定場所と②所在地は同じですか？	<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 別場所 [ ]						
③ 事業の種類								
④ 従業員数	[企業全体]		人	[受入事業所]		人		
実習内容に関して	⑤ 実習対象者に従事させる業務							
	⑥ 実習の受け入れが可能な時期 (可能な月に○をつけて下さい)		1月	2月	3月	4月	5月	6月
			7月	8月	9月	10月	11月	12月
	⑦ 実習担当者	氏 名						
		所 属 部 署						
連絡先電話番号								
メールアドレス								
⑧ 提供できる実習日数 (希望するコースに○をつけて下さい)		A. 短期コース (1日～4日) B. 標準コース (5日～10日) C. 長期コース (11日～1カ月)						
⑨ 特記事項 (必要なスキル等)								
⑩ 登録経路 (どこから紹介を受けましたか？)		A. ハローワーク B. 労働局 (ご案内・HP等) C. 事業主団体 D. 障害者支援機関 E. 学校 F. その他						

平成 年 月 日

事業所名 : \_\_\_\_\_

※「障害者に対する職場実習に係る注意事項」は下記アドレスで確認できます。  
<http://hokkaido-roudoukyoku.site.mhlw.go.jp/var/rev0/0109/8362/201447184741.pdf>