

### 障害者職場実習受入事業所登録票

雇用保険適用事業所番号	事業所名
所在地	
〒	
電話番号	事業内容
担当者氏名（職場実習に関する依頼や問い合わせにご対応いただける方）	
	* 上記と電話番号が異なる場合、または内線番号等
	* Eメールアドレス
職場実習で従事させる作業内容 (想定できる作業内容をできるだけ多く、詳しくご記入ください。)	
職場実習実施場所（上記所在地と異なる場合）	
<事業所名>	<所在地>
特記事項	

ご記入いただいた情報は「障害者職場実習受入事業所リスト」に掲載し、ハローワーク、特別支援学校、障害者就労支援機関等に提供いたします。