

障害者職場実習受入事業所登録票

①事業所名	②雇用保険適用事業所番号
③所在地	④事業内容
〒	
⑤実習担当者	⑥所属部署
⑦実習内容（できるだけ詳しくご記入ください）	
⑧特記事項	
⑨問い合わせ先 （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）	
*氏名	*所属部署
*電話番号	*Eメールアドレス

※ 実習を実施する場所が上記と異なる場合	
*事業所名	*所在地

ご記入いただいた情報は、「障害者職場実習受入候補事業所リスト」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。