

職 場 実 習 受 入 回 答 票

当社は、「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、当社の職場実習の受入を予定している事業所及び業務等は以下のとおりです。

①	事業所名称							
②	所在地等	郵便番号			電話番号			
③	事業の内容							
④	事業所の従業員数	人		企業全体の従業員数	人			
⑤	実習対象者が従事する業務							
⑥	特記事項							
⑦	実習担当者氏名				所属部課			
		<small>(実習担当者とは、事業所ごとに選任する実習支援員ではなく、この実習に係る連絡調整等に携わっていただく担当者です。)</small>						

※2か所以上複数の事業所で職場実習受入がある場合には、下欄使用又はこの様式を複写して使用してください。

①	事業所名称							
②	所在地等	郵便番号			電話番号			
③	事業の内容							
④	事業所の従業員数	人		企業全体の従業員数	人			
⑤	実習対象者が従事する業務							
⑥	特記事項							
⑦	実習担当者氏名				所属部課			
		<small>(実習担当者とは、事業所ごとに選任する実習支援員ではなく、この実習に係る連絡調整等に携わっていただく担当者です。)</small>						

回答年月日 平成 年 月 日

企業名称			
所在地			
電話番号			

宛先	香川労働局職業対策課	担当者	地方障害者雇用担当官
住所	〒760-0019 香川県高松市サンポート3-33 高松サンポート合同庁舎3階		
電話番号	087-811-8923	FAX番号	087-811-8934