

香川労働局 職業安定部職業対策課長 殿

職場実習実施計画書

実習の目標			
日時	●期間 : 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() ●休日 : 月 日、月 日 ●時間 : (AM・PM) : ~ (AM・PM) : (休憩 分)		
実施場所			
職場実習依頼機関	担当者氏名		連絡先
職場実習受入事業所	担当者氏名		連絡先
実習指導員の有無	有 ・ 無	※実習指導員とは、事業所ごとに選任していただく実習支援員ではありません。	
実習対象者	氏名		
	住所		連絡先
実施内容	日程	実習内容	職場実習依頼機関の対応

上記の内容にて、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」に同意の上、職場実習を実施いたします。

(職場実習依頼機関)

(機関名)

(代表者氏名)

印

(職場実習受入事業所)

(事業所名)

(代表者氏名)

印