

障害者に対する職場実習のご案内

障害者との接し方
や仕事の教え方が
わからないので
雇えない

作業環境や設備が
整っていないのに
障害者は雇えない

雇いたいけど、
障害の知識がない
から不安

雇いたいけど、
社員の理解が
得られるか心配



こんな思いを抱えて、
障害者雇用を
ためらって
いませんか？
まずは、
職場実習制度を
ご活用ください！



企業において、障害者の就労体験の場を提供することで、企業が、障害者本人やその保護者、支援者との相互理解を深めることを目的とした実習制度ができました。

実習日数：1回1人につき、3日～10日

※実習実施中の事故発生に備え、実習対象者（障害者）は保険に加入していただきます。
保険加入には要件を満たす必要があります。

《詳しくは、ハローワーク担当窓口までご確認ください。》

職場実習制度をご活用いただくには、ハローワークへの実習先の事前登録が必要です。
裏面の職場実習受入登録票にご記入の上、下記の管轄ハローワークにご提出ください。
実習を希望する対象者（障害者）からの申し込み後、改めて、実習の受入依頼をさせていただきます。 **まずは、お気軽にご登録ください！！**

ハローワーク桑名	TEL 0594-22-5141 部門コード 31 #	ハローワーク津	TEL 059-228-9161 部門コード 43 #	ハローワーク伊賀	TEL 0595-21-3221
ハローワーク四日市	TEL 059-353-5566 部門コード 42 #	ハローワーク松阪	TEL 0598-51-0860 部門コード 31 #	ハローワーク尾鷲	TEL 0597-22-0327
ハローワーク鈴鹿	TEL 059-382-8609 部門コード 43 #	ハローワーク伊勢	TEL 0596-27-8609 部門コード 31 #	ハローワーク熊野	TEL 0597-89-5351

*（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構（JEED）の助成金、障害者職場実習等支援事業の対象となる場合がございます。詳しくは、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構 三重支部（059-213-9255）にお問い合わせください。

職場実習受入回答票

当事業所は、「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を確認の上、
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入を予定している業務等は以下のとおり
です。

①事業所名称 _____ (適用事業所番号： _____)

②所在地

郵便番号 _____

住 所 _____

③事業内容 _____

④従業員数 受入事業所 _____ 人 企業全体 _____ 人

⑤実習対象者に従事させる業務 _____

⑥特記事項 _____

⑦実習担当者（又は連絡担当者）

氏 名 _____

所属部署 _____

連絡先電話番号 _____

令和 年 月 日

事業所名： _____