

F A X送信表（西海市福祉課あて）

F A X 番号 0 9 5 9 - 2 9 - 0 0 5 0 （この送信表だけ送信ください）

送 信 日 令和元年 月 日

障がい者の職場体験実習受入れ企業の登録について

1. 実習受入れ可否	<input type="checkbox"/> 受入れできます <input type="checkbox"/> 受入れできません <input type="checkbox"/> もう少し詳しい話を聞きたい
------------	--

1で「受入れできます」を選択した場合、以下の、2以降もご回答ください。
 「もう少し詳しい話を聞きたい」を選択された場合は、担当者が後日訪問し、
 詳しい説明をさせていただければと思います。

2. 実習受入れ人数	<input type="checkbox"/> 1回につき _____ 名 <input type="checkbox"/> 現時点では未定
3. 受入れ目的	<input type="checkbox"/> 体験実習のみ <input type="checkbox"/> 実習後、採用選考を検討 <input type="checkbox"/> 現時点では未定
4. 実習可能時期	_____ 月 ~ _____ 月 <input type="checkbox"/> 現時点では未定
5. 実習内容 (作業内容)	_____ <input type="checkbox"/> 現時点では未定
6. 実習期間	<input type="checkbox"/> 1～2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 現時点では未定
7. 実習時間	_____ : _____ ~ _____ : _____ (_____ h) <input type="checkbox"/> 現時点では未定
8. 連絡事項等	
※ 支援機関等への 情報提供	<input type="checkbox"/> 支援機関への情報提供に同意する。

※ 支援機関等とは、西海市内のハローワーク、特別支援学校及び障がい者福祉施設及び職場体験受入れ企業をいいます。

事業所名

所在地

担当者名

連絡先

TEL :

FAX :

◆ 問合せ先・送付先 ◆

〒857-2392 西海市大瀬戸町瀬戸檜浦郷 2278-1

西海市保健福祉部 福祉課 障がい者福祉班

TEL : 0959-37-0069

FAX : 0959-29-0050