

(様式第5号)

平成 年 月 日

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	担当者名		連絡先
職場実習受入事業所	担当者名		連絡先
実習指導員の有無	有・無		
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

印

職場実習受入事業所

印

(様式第9号)

平成 年 月 日

沖縄労働局職業安定部職業対策課長 殿

職場実習実施結果報告書

実習対象者	対象者名	実習日数	欠席日数
実習の目標			
実習期間	平成 年 月 日()~平成 年 月 日() (1日 時間)		
実施内容			
受入事業所所見	今回の職場実習を通じて障害者の雇用管理等に関して参考になったこと		
実習依頼機関所見	今回の職場実習における実習対象者への効果等		

※ 記入欄が不足する場合には、適宜、別紙にて添付すること。

※ 障害者雇用状況報告の提出対象企業は、直近の障害者雇用状況報告書を添付すること。

上記のとおり、当事業所において支援者実習を実施したことを報告いたします。

(職場実習受入事業所)

(職場実習依頼機関)