

職場実習受入れ回答票

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、職場実習受入れに協力いたします。

なお、当事業所において職場実習の受入れ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: _____