提出先：埼玉労働局職業安定部職業対策課　E-mail：RSTATAISAKU＠mhlw.go.jp

別紙２

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）

 　所属部署・氏名

 　連絡先電話番号（E-mail）

【障害者の就労支援関係機関への情報提供について】

職場実習の実施のご意向のある事業所の情報（事業所名称、所在地、事業の種類、従業員数、

実習対象者に従事させる業務、特記事項、実習担当の方の氏名）を、職場実習の実施を希望する

地域の障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所、特別支援学校、発達障害者支援セ

ンター、都道府県・市町村等に提供させていただくことの同意について、チェックをお願いします。
□同意します。
□同意しません。

令和　　年　　月　　日

事業所名：