

(様式第5号)

徳島労働局職業安定部職業対策課長 殿

職場実習実施希望届

1. 実習依頼機関					
依頼機関名		担当者		連絡先	
2. 実習希望者					
①氏名		②性別		③生年月日	
④住所					
⑤障害の種類	障害種別	等級	名称等		
⑥実習中に有効な損害保険加入の有無		※別途保険料負担等の措置がなされているなど、貴機関において保険に加入することとされている場合には、原則として当該保険に加入を行うこと。			
⑦実習希望者のこれまでの経歴及び現在の状態					
実習・訓練・就労歴	区分	時期	業種	職種等	現在の状態
⑧実習希望者ができること、できないこと					
「言語能力」					
「コミュニケーション能力」					
「計算能力」					
「身体機能」					
「集中力」					
その他、参考となる事項					
⑨職場実習に当たっての留意事項					
3. 職場実習を希望する職場実習協力事業所					
	リスト番号	事業所名			
第1希望					
第2希望					
第3希望					
希望時期		希望日数		日程度	
4. その他特記事項					

※ 記入欄が不足する場合には、適宜、別紙にて添付すること。

令和 年 月 日

(依頼機関名)
(代表者又は
担当者氏名)

印

徳島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		~		(1日 時間)
実施内容	日程	内 容		
	初日			
	最終日			
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。

(職場実習依頼機関)

(機関名)

(代表者氏名) 印

(職場実習受入事業所)

(事業所名)

(代表者氏名) 印