

## 障害者の職場実習に係る協力意向調査票

別添「障害者に対する職場実習に係る注意事項」を一読いただき、内容をご理解のうえご回答ください。

※該当する項目の□をチェックしてください。

### Q.1 障害者の職場実習にご協力いただけますか。

- ☐ 協力する
- ☐ 協力するが、不安がある（理由を1～4から選択し○で囲んでください(複数選択可)）
1. コミュニケーション（接し方、作業指示等）
  2. 与える作業内容
  3. 障害に対する配慮、対応
  4. 職場実習の詳細がわからない
- ☐ 協力できない

### Q.2 上記で「協力できない」と回答された場合、その理由を教えてください。（複数選択可）

- ☐ 障害者と接したことがないので不安であるため
- ☐ 障害に対する知識がないので対応ができないため
- ☐ 自社の業務内容では障害者ができる作業が用意できないため
- ☐ 障害者を受け入れるための設備や従業員の理解など準備ができていない
- ☐ その他（ ）

◎ご回答はメール（E-mail:RTTATAISAKU@mhlw.go.jp）をお願いします。  
こちらの調査票の様式は鳥取労働局のホームページ（イベント情報及び新着情報）からダウンロードできます（<https://jsite.mhlw.go.jp/tottori-roudoukyoku/>）。

#### [事業所名]

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※Q.1 で「協力する」と回答いただいた場合は、障害者支援機関等に情報提供を行いますので、下記の記入をお願いいたします。

従業員数 （職場実習を実施する事業所： \_\_\_\_\_ 人） （企業全体： \_\_\_\_\_ 人）

職場実習の作業内容 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※裏面のアンケートにもご協力ください。

## 障害者雇用に関するアンケート

\* 障害者雇用に関して貴社のお考えをご自由にご記入ください。業務の参考とさせていただきます。  
また、内容によりハローワーク等の関係機関から連絡する場合がありますので、ご承知おきください。

### ◎障害者雇用における問題点や課題

- ・問題点や課題（何が要因で雇用が進まないと考えるか。どのような支援が必要と思うか。）

### ◎障害者雇用で目指していきたいこと

- ・障害者雇用の目標（いつまでに、何人程度）  
〔            年            月頃までに、採用希望人数            人〕
- ・障害者雇用の考え方（大切にしたいこと）

◎令和6年4月から労働局長の認定を受けた障害者雇用のノウハウのある民間事業者から障害者雇用に関する相談援助等の支援が無償で受けられる制度が始まっています。支援を希望されますか。（注）制度利用ができる企業には一定の条件がございます。

- ☐ すみやかに支援を希望する
- ☐ 今後必要とした際は、支援を希望する
- ☐ ハローワーク等の公的機関からの支援を希望する。
- ☐ ハローワーク等の公的機関及び民間事業者支援もともに希望しない。
- ☐ 制度内容を知らない。

### ◎障害者雇用に関する質問〔ご希望があれば、労働局又はハローワークより回答します〕

- ☐ 回答を希望しない
- ☐ 回答を希望する

\* ご協力ありがとうございました。 【お問い合わせ】 鳥取労働局職業安定部職業対策課  
担当：八尾、栗村

【ご回答先 E-mail】 RTTATAISAKU@mhlw.go.jp