様式第１号

障害者就業体験内容登録申請書（新規・変更）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 ：  （役職：　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 本社所在地：（〒　　　　－　　　　　　）  電　話 　（　　　　） 　 FAX （　　　　）  E-mailｱﾄﾞﾚｽ  HPｱﾄﾞﾚｽ | |
| 体験実施場所：（〒　　　　－　　　　　）※本社所在地と同じ場合は、「同上」と記載  電　話　　　　　 　（　　　　） 　　　　　　　　　 FAX （ ） | |
| 事業内容： | |
| 従業員：当事業所　　　　　　　　人 企業全体　　　　　　　人 | |
| 職　　種： | |
| 体験の内容（具体的に）： | |
| 必要な経験・免許・資格等 | |
| 作業遂行上不可とする身体条件 | |
| 就業時間：　　　　　　時　　　　分　～　 時　　　　分　　（休憩　　　分） | |
| 体験開始可能日　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～ | |
| 体験受入れ可能人数　　　　　　　　　　人 | |
| 体験期間 　　　　　日間 | |
| 担当者  課係名：  氏　名：  連絡先：　　　　　　　（　　　　） | 体験実施場所までの地図  （最寄りの駅・バス停からの道順） |

受理日　令和　　年　　月　　日