様式第２号（第５条関係）

職場実習実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| １　申請者 | 所在地　〒  申請者  電話番号  代表者　職氏名 |
| 主たる業種 |
| 従業員数　　　　　　　名（うち障がい者雇用人数　　　　名） |
| ２　実習受入事業所等  　　※１と異なる場合 | 所在地　〒  事業所名  電話番号 |
| 主たる業種 |
| 従業員数　　　　　　　名（うち障がい者雇用人数　　　　名） |
| ３　実習者 | （フリガナ）  氏　名  生年月日 |
| 今年度の実習日数　　今回の申請を含めて延べ　　　　　日間 |
| ※学生の場合　学校名  　　　　　　　担当教諭氏名 |
| ４　職場実習 | 実施期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日  　　　　　（うち勤務日数　　　　　日間） |
| 実習業務内容　※できるだけ詳しくご記入ください。 |

上記の記載事項について、相違ありません。

　　　　　年　　月　　日 事業所名 ㊞