

職場実習実施計画書

1 申請者	所在地 〒 名 称 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 〒 名 称 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

印