様式第１号（実施事業所→振興センター）

障がい者作業能力ステップアップ事業作業実習申込書

令和　　年　　月　　日

特定非営利活動法人島根県障がい者就労事業振興センター

理事長　國 頭 正 治　様

作業実習を実施要領第7条（２）に基づき下記の通り申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 | |  | 法 人 代 表 者 名 | | ㊞ | |
| 事 業 所 名 | |  | 担　当　者　名 | |  | |
| 事業所住所 | |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| Ｔ Ｅ　Ｌ | |  | Ｆ　Ａ　Ｘ | |  | |
| 支援予定者氏名 | | | 希望実習項目 | | | |
| ① |  | | ・ | | | |
| ② |  | | ・ | | | |
| ③ |  | | ・ | | | |
| 実習予定者氏名 | | | 要　件（丸印を記入して下さい） | | | |
| 5条(1) | 5条(2) | | 5条(3) |
| ① |  | |  |  | |  |
| ② |  | |  |  | |  |
| ③ |  | |  |  | |  |
| ④ |  | |  |  | |  |
| ⑤ |  | |  |  | |  |
| ⑥ |  | |  |  | |  |

注；処理欄には記入しないでください。

**処理欄**

受入先；　　　　　　　　　　　　　　　　実習場所；

期間；　　月　　日　～　　月　　日

実習内容

センター担当者；