様式第６号

**障がい者作業能力ステップアップ事業実習日誌**

受入れ事業主；

実習場所；

実施期間；　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習日 | 実習者名 | 実習時間 |
| 月 　日 | 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 担当者確認 | 実習内容 |
|  | 　 |
| 実習日 | 実習者名 | 実習時間 |
| 月 　日 | 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 担当者確認 | 実習内容 |
|  | 　 |
| 実習日 | 実習者名 | 実習時間 |
| 月 　日 | 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 担当者確認 | 実習内容 |
|  | 　 |
| 実習日 | 実習者名 | 実習時間 |
| 月 　日 | 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 担当者確認 | 実習内容 |
|  | 　 |
| 実習日 | 実習者名 | 実習時間 |
| 月 　日 | 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 　 | 　 ： | ～ | ： | 時間 |
| 担当者確認 | 実習内容 |
|  | 　 |

　　　　　事業主；　　　　　　　　　㊞