様式第１号

農福連携障がい者チャレンジ事業農作業実習申込書

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　新　田　裕　之　様

農作業実習を下記のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
| 実習予定者氏名 | ① |  | 希望する実習内容 | ① |  | |
| ② |  |
| ③ |  | ② |  | |
| ④ |  |
| ⑤ |  | ③ |  | |
| ⑥ |  |

注；処理欄には記入しないでください。

処理欄

実習先；

実習内容および期間

実習１；　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）

実習２；　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）

実習３；　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）

センター担当者；

様式第２号

農福連携障がい者チャレンジ事業農作業実習内容登録受諾書（新規・変更）

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　新　田　裕　之　様

次のとおり、農作業実習の受入れ登録を受諾します。

|  |
| --- |
| 事業所（事業主）名；  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （代表者名；　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地（住所）　〒　　　－  ＴＥＬ；　　　　（　　　）　　　　　　　ＦＡＸ；　　　　（　　　） |
| 緊急連絡先（携帯電話等）； |
| メールアドレス； |
| 農作業内容および期間  農作業１；　　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）  農作業２；　　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）  農作業３；　　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）  農作業４；　　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間）  農作業５；　　　　　　　　　　　　　期間；　　月　　日～　　月　　日（　　日間） |

その他（要望等）

変更の場合はその他欄に変更内容を記入してください。

様式第５号

**実 習 日 誌**

受け入れ先；

実施期間；　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

注意；1人の支援員がチャレンジ事業で支援できる実習生は3人までです。（実施要領第6条）

（配置基準・支援員1：実習生3）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
|  |  | | | | |

※担当者確認欄は、担当職員が押印する。

　事業主；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様式第６号

口座振込依頼書

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　新　田　裕　之　様

実施事業所名

代 表 者 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

登 録 番 号：

下記のとおり、農福連携障がい者チャレンジ事業の実習対策費の支払いを依頼します。

金額；　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農協 |
| 支 店 名 |  | 支店 ・ 支所 |
| 口座種目 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　　） | |
| 口座番号 |  |  |
| （フリガナ） |  |  |
| 口座名義 |  |  |

（内訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習者名 | | 実習日数（実習時間） | 単価（円） | 金額（円） |
| ① |  |  | 1,800 |  |
| ② |  |  | 1,800 |  |
| ③ |  |  | 1,800 |  |
| ④ |  |  | 1,800 |  |
| ⑤ |  |  | 1,800 |  |
| ⑥ |  |  | 1,800 |  |
| 合　　　　　　計 | | | |  |

様式第７号

辞退届（受入れ事業主用）

　　　　　　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　新　田　裕　之　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

代表者氏名 　㊞

　　　　　年　　月　　日付第　　　　　　号で（　実施事業所　）の職場実習を依頼されたことについて、下記の事情により辞退します。

記

様式第８号

辞退届（実施事業所用）

　　　　　　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　新　田　裕　之　様

　実施事業所名

代表者名 　㊞

　　　　　年　　月　　日付第　　　　　　号で農作業実習実施事業所として決定されたことについて、下記の事情により辞退します。

記