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　新　田　裕　之　様

作業実習を実施要領第7条（２）に基づき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 | |  | |
| 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；

様式第２号（受入れ事業主→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内容登録申請書（新規・変更）

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　新　田　裕　之　様

次のとおり、実施要領第7条（３）に基づき作業実習の受入れ登録を申請します。

|  |
| --- |
| 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； |
| 作業内容および期間  期間；　　月　　～　　月  作業内容 |

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

注意；1人の支援員がステップアップ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７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、障がい者作業能力ステップアップ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／日）  ） | 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８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

受入れ事業主名

代 表 者 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

登 録 番 号

下記のとおり、障がい者作業能力ステップアップ事業の作業実習謝金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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導日 | | 実習時間 | 受入れ事業主担当者名 |
| ① | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ② | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ③ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ④ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑤ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑥ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑦ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑧ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑨ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ⑩ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |

実施日数×１，０００円＝　　　　　　　　円

様式第９号

障がい者作業能力ステップアップ事業辞退届（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　　　　　　号で決定のあった（　実施事業所　）の職場実習について、下記の事情により辞退します。

記

様式第１０号

障がい者作業能力ステップアップ事業辞退届（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　　　　　　号で障がい者作業能力ステップアップ事業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