

障害者職場実習連絡票

白井市居住障害者の実習を企業に依頼し実施しますので、要件を満たしている場合には奨励金の必要書類を企業に送付願います。

所属
学校及び事業所担当者 氏名
電話

所属(学校名・事業所名)	
実習者氏名	
実習者住所	白井市
実習先会社名	
実習先住所・電話	〒 ー 電話 ()
実習先メールアドレス	
実習先担当者名	
作業内容	
実習期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
実習時間	: ~ : (実働 時間)