

職場実習計画書

平成 年 月 日

市川公共職業安定所長様

団体名 _____

住 所 _____

作成者 _____

電 話 _____

下記のとおり職場実習を実施いたしたく、職場実習計画書を提出します。

実習生氏名	生年月日		(歳)
	障がいの区分		
実 習 先	事業所名 :		
	住所 :		
	電話 :	現場責任者 (職・氏名)	
作業内容			
実習期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 () () 日間		
実習時間	午前・午後 時 分 ~ 午後・午後 時 分		
備 考			

※浦安市内に居住する障がい者の実習を5日以上受け入れる事業所