

障がい者対象委託訓練
実践能力習得訓練コース登録書

登録番号

作成日：令和 年 月 日

事業主又は事業所	事業主又は事業所名	(フリガナ)			
	代表者職・氏名	(フリガナ)			
	所在地	〒		TEL: () FAX: ()	
	担当者(受付窓口)	職・氏名:	TEL: () FAX: ()		
	事業内容				
	業種 <small>記号をOで囲んでください。</small>	A 農業・林業	H 運輸業・郵便業	O 教育・学習支援業	
		B 漁業	I 卸売業・小売業	P 医療・福祉	
		C 鉱業・採石業・砂利採取業	J 金融業・保険業	Q 複合サービス事業	
		D 建設業	K 不動産業・物品賃貸業	R サービス業 (他に分類されないもの)	
		E 製造業	L 学術研究・専門技術サービス業		
F 電気・ガス・熱供給・水道業		M 宿泊業・飲食サービス業			
G 情報通信業		N 生活関連サービス業・娯楽業	※日本標準産業分類より		
資本金等	資本金	円	設立	明・大・昭・平・令 年	
	中小企業 ・ 社会福祉法人 ・ NPO法人 ・ 中小企業等以外				
従業員数	企業全体 人				
企業実習の概要	施設名				
	訓練実施場所	※事業主又は事業所の所在地と同じ場合は「同上」と記入ください。 〒		TEL: () FAX: ()	
	施設担当者	施設責任者 職・氏名:	TEL: ()		
		指導担当者 職・氏名:	FAX: ()		
	職種				
	訓練内容	※具体的に記入願います。(使用する機械器具も含む)			
	必要となる免許資格	無 ・ 有 ()			
	必要となる経歴等				
	実習受入れにあたっての障がい特性等	※該当する番号又は事項を○囲み、非該当事項を×印で提示ください。また、特記すべき事項があれば記載ください。			
		(1) 受入検討可能な障がい種別 ① 身体 (肢体・聴覚・視覚) 車椅子 (可 ・ 不可) 特記: ② 内部 ③ 知的 ④ 発達 ⑤ 精神 ○をつけた障がい種別以外でも個別に検討できます。(はい・いいえ)	(2) 車椅子受講者受入可の場合の施設対応状況 ① 玄関 ② 訓練場所 ③ トイレ ④ その他 () (3) 業務遂行上で、“特に支障のある”障がい特性 ① 身体 (具体的に) ② 内部 ③ 知的 ④ 発達 ⑤ 精神 ⑥ その他 (具体的に)		
訓練時間	①基本時間 時 分～ 時 分: 1日あたり 時間、休憩 分				
	②柔軟に対応できます。(はい・いいえ) 特記:				
訓練開始可能日・受入可能人数	令和 年 月 日	受入可能人数: 1回の訓練につき 人			
障がい者雇用について	1 求人中である(申込先: _____公共職業安定所・その他 []) 2 求人のある考えがある 3 その他 ()				
登録区分	1 新規 2 継続登録 3 一時登録 ()				

受付日	有効期限(原則、登録年度末まで)
令和 年 月 日	令和 年 月 日

【提出の方法】

必要事項を御記入のうえ、庄内地区の方は山形県立庄内職業能力開発センターあてFAX、郵送等により御提出ください。

庄内地区

〒998-0102 酒田市京田3-57-4
 山形県立庄内職業能力開発センター
 TEL：0234-31-2700 FAX：0234-31-2710
 URL：https://www.shonai-noukai.jp

【記入上の注意】

1	事業主又は事業所名	ゴム印などでの記載でも差し支えありません。
2	代表者職・氏名	同上
3	所在地	同上
4	担当者（受付窓口）	インターンシップコースの受付又は相談担当者
5	事業内容	主な事業内容を記入ください。
6	業種	業種一覧から該当する業種を○で囲む
7	資本金等	資本金及び設立年の記入、企業規模・種類区分を○で囲む
8	従業員数	企業全体の従業員数
9	施設名	訓練を行う施設の名称（事業所、支店、店舗名称等） ※施設数が多い場合は、各事業所、各支店、各店舗等と記載し、施設一覧を提出頂くこととなります。
10	訓練実施場所	上記3の所在地と同じ場合は「同上」と記入ください。
11	施設担当者	施設責任者、主に指導を行う指導担当者の方の職・氏名 ※指導担当者が未定の場合は、氏名等は未記入で構いません。
12	職種	訓練が行われる職種
13	訓練内容	できるだけ具体的に記入ください。
14	必要となる免許資格	無又は有を○で囲み、有の場合は免許又は資格の名称を記入ください。
15	必要となる経験等	具体的に記入ください。
16	実習受け入れにあたっての障がい特性等	該当する番号又は事項を○で囲み、非該当事項を×印で提示ください。 また、特記すべき事項があれば記載ください。
17	訓練時間	就業時間の範囲内で記入ください。
18	訓練開始可能日 受入可能人数	訓練開始可能日、1回の訓練で受入可能な人数
19	障がい者雇用について	該当事項を○囲み等してください。
20	登録区分	該当区分を○囲み等してください。 ※新規及び継続登録は、有効期限まで継続的に募集チラシや当センターホームページで公表し、広く受講者の募集を行います。 ※一時登録は、訓練を実施するときのみの登録、今後訓練を検討したいときの登録区分です。 今後訓練を検討したいときの一時登録では、登録いただいた職種等を希望する求職者がいらした場合には、当センターより登録事業者へ照会をさせていただくこととなります。登録内容は、記入できる範囲で御記入ください。

- ※ 登録書の内容について、担当より問合せさせていただく場合があります。
- ※ 訓練の実施に際しては、貴社と相談のうえ、具体的なカリキュラムを作成して行います。
記入いただいた訓練内容及び訓練時間などについては、受講者によって一部変更となる場合がありますので御了承ください。
- ※ 本登録は、貴社から登録削除の依頼があったとき又は登録期限の期日に失効します。