

障害者職場実習・職場見学等受入計画認定申請書

事業所コード * * * * * * * * * *										受理年月日 (障害者助成部)		受理年月日	
次のとおり障害者職場実習実施・職場見学等受入計画の認定を受けたいので申請します。 **** 年 ** 月 ** 日 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿													
申請事業主	所在地	(〒 ***-****) 千葉県千葉市*****						法人番号 *****					
		カブシキガイシャコヨウ 株式会社koyou						本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号 *****					
	(フリガナ) 事業者の役職及び氏名	ダイョウトリシマリヤ コヨウ タロウ 代表取締役 雇用 太郎						送付先・連絡先の所属		☒ 事業主 ☐ 事業所			
		カブシキガイシャコヨウ 株式会社koyou						所属先名称 (部署等)		総務部〇〇課			
担当者氏名								幕張 若葉					
電話番号								**(****)****					
申請に係る事業所	(フリガナ) 事業所名	事業所所在地 (〒 ****-****) 千葉県千葉市*****						申請の種類 ☒ 職場実習計画 ☐ 職場見学等受入計画					
		☐ 提出代行者 ☐ 事務代理者 ☐ 代理人 住所 (〒) 電話番号 事務所名 職名・氏名											
1 職場実習実施計画 (様式第 2 号のとおり)						同一年度の実習実施合計回数		1回目 (1 から 4 までの要件の合計)					
申請事業主の要件 (申請日から起算して過去 3 年間の雇用状況を記載の上、該当するものをチェックしてください。)													
☒ 1 これまで過去3年間、障害者を雇用したことがない事業所の事業主である。 (同一年度実習実施回数： 1 回) ☐ 2 これまで身体障害者又は知的障害者以外の障害者を雇用したことがない事業所の事業主である。 (同一年度実習実施回数： 回) ☐ 3 これまで過去3年間において障害者を雇用している事業所の事業主であって、これまで雇用経験のない障害種別の障害者を実習生として受け入れる事業主である。 ☐ 4 初めて一般就労を目指す障害者等の職場実習を受け入れる事業所の事業主である。(公共職業安定所が職場実習計画を策定する事業主)													
申請事業主 (カッコ内は申請事業所における雇用状況) における過去 3 年間の雇用状況													
	申請日 (** 年 ** 月 ** 日)		1 年前の状況 (** 年 ** 月 ** 日)		2 年前の状況 (** 年 ** 月 ** 日)		3 年前の状況 (** 年 ** 月 ** 日)						
常用労働者総数	15 (15) 人		16 (16) 人		14 (14) 人		15 (15) 人						
うち身体障害者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
うち知的障害者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
うち精神障害者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
うち発達障害者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
うち難病等患者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
うち高次脳機能障害者数	0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人		0 (0) 人						
2 職場見学等受入計画													
申請事業主の要件 (いずれかに該当する必要があります。)													
☐ 1 障害者の雇用の促進等に関する法律第44条の特例子会社である。 ☐ 2 障害者の雇用の促進等に関する法律第77条のものにす認定事業主である。 ☐ 3 申請事業所が重度障害者多数雇用事業所である。 ☐ 4 障害者雇用率が過去3年間5%以上であり、この申請日の前日から起算して過去3年間、自己都合又は懲戒解雇など本人の責めに帰すべき理由以外の理由により離職した障害者がいない事業主である。 ☐ 5 職場見学等を希望する事業主が特定の障害分野における障害者の雇用に係る知見を必要としている場合雇用の経験を3年以上有しており、雇用障害者のうち当該障害分野の障害者が占める割合が30%以上、か算して過去3年間、自己都合又は懲戒解雇など本人の責めに帰すべき理由以外の理由により離職した障害者がいない事業主である。													
3 職場実習の実施又は職場見学等の受入れに係る費用等について、国、地方公共団体その他公共機関からの補助金等の有無 (この補助金等を受ける場合は、職場実習及び職場見学等受入に係る謝金等は支給できません。)												☐ 有 ☒ 無	
※処理欄	審査結果		認定 ・ 不認定		認定年月日		年 月 日						
	認定番号		第 号		受理番号								

必ず記載してください。

様式第 2 号

障害者職場実習計画書

※実習対象者1名につき1枚作成してください (1 枚中 1 枚目)

1 事業所名

株式会社koyou

2 事業主名

株式会社koyou

3 実習を指導する者

(1) 実習担当者 (実習事業所の従業員の中から選任すること。)	
(フリガナ)	マクハリ ワカバ
実習担当者氏名	幕張 若葉
経歴 総務部〇〇課で10年勤務しており、実習内容である郵便物の仕分けや社内清掃などの庶務全般に精通しています。	
(2) 実習指導員 (実習指導員を委嘱した場合に記入すること。)	
(フリガナ)	
実習指導員氏名	
経歴 	

4 職場実習対象者

(フリガナ)	カイヒン ジロウ	障害の種類 ・程度	知的 B2
氏名	海浜 次郎		
生年月日	**** 年 ** 月 ** 日 (** 歳)	性別	☒ 男 ☐ 女
支援機関名	〇〇特別支援学校		
支援機関所在地	*****		
電話番号	*****	登録公共職業安定所名	公共職業安定所

以下の項目について ☒ 該当しない ☐ 該当する

① 過去3年間に於いて、次のaからdまでのいずれかに該当する者である。

- a 実習事業所において職場実習を行ったことがある
- b 実習事業所において雇用関係、出向、派遣、請負、アルバイト、事前研修等により就労したことがある
- c 実習事業所において職場適応訓練を受けたことがある。
- d 実習事業所の事業主(法人にあっては代表者)又は取締役の配偶者若しくは3親等内の親族又は姻族

② 学校教育法に規定する学校(幼稚園及び小学校を除く。)の生徒及び学生のうち卒業年次でない。

5 実習期間

** 年 5 月 10 日 (金) ~ ** 年 5 月 20 日 (月) (6) 日間
--

6 実習時間

10時 00分 ~ 16時 00分 (実働時間： 5時間 0分、休憩： 60分)
--

7 実習の目的

実習を通じて障害者雇用に繋がりたい。

8 実習の日程・内容

日程	実習内容
5月10日	・会社の説明など、オリエンテーションからスタートします。その後、業務説明を行います。 ・業務内容である郵便物の仕分けの説明や、社内清掃の説明を行います。 ・実際に作業を始めます。
5月13日 5月14日	・作業を行います。 ・作業を行います。
5月16日 5月17日	・作業を行います。 ・作業を行います。
5月20日	・これまでの作業の様子などを総括します。状況によっては、採用の可否も相談します。

本障害者職場実習実施計画について、上記のとおり相違ないことを職場実習対象者、実習担当者及び実習指導員に確認させていること。	☒ 確認させた ☐ 確認させていない
---	---

本障害者職場実習実施計画について、上記の5から8までについて相違ないことを本実習の依頼元である支援機関に確認させていること。	☒ 確認させた ☐ 確認させていない
--	---

****年 **月 **日
事業所名 代表者名 代表取締役 雇用 太郎