（別紙5-2）

「福井障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）」概要

募集要件	以下のすべてに当てはまる方が参加できます。 1. 職場体験実習を希望する原則大学3年生又は大学院生 2. 障害のある方の就労支援の仕事に関心があり、積極的に職場体験実習に参加する意思を有する方 3.「地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）実施方法」に定める服務規律を遵守できる方	
募集人数	3名	
実施場所	福井障害者職業センター（福井市光陽2丁目3番32号）	
実習期間	令和7年9月19日（金）の1日間	
実習時間	原則として上記実習期間の午前8時45分から午後5時	
受入決定 までの流れ	申込受付	令和7年7月7日（月） ～ 8月15日（金）
	書類選考	令和7年8月中旬頃
	実習生決定	令和7年8月20日（水）
	※応募者多数の場合、応募書類にて選考を行い、実習生を決定します	
申込方法	福井障害者職業センターホームページの新着情報「仕事体験のご案内」をご確認ください。 手続きの流れは欄外をご参照ください。	
身分等	実習生として、仕事体験実施方法に定められた事項を遵守していただく他、誓約書を提出していただきます。	
報酬等	無報酬（機構は、実習生に対して、賃金、報酬、手当等の一切の金品を支給いたしません。）	
保険の加入について	仕事体験に参加するためには傷害保険及び賠償責任保険に加入していることが条件になります。まだ加入していない方は、仕事体験開始までに手続きをお願いします。	
個人情報の 取扱について	機構は、お預かりした個人情報は厳正に管理するとともに、ご本人の同意なく仕事体験運営の目的以外に使用しません。また、個人情報をご本人の同意なく第三者に提供しません。	
お問合せ先	（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構福井支部　福井障害者職業センター　　担当：堂本、石井	
	〒910－0026　福井県福井市光陽2丁目3番32号	
	電話：0776－25－3685　　E-Mail：fukui-ctr@jeed.go.jp	

■ 仕事体験の申込み手続き ■

学生
〇〇障害者職業センターホームページから【新着情報】を確認
新着情報の「仕事体験のご案内」から詳しい内容、申込みに必要な書類などをご確認ください。

学生
仕事体験参加申込書【学生用】の作成・提出
必要事項を記入の上、所属する大学担当者へ提出してください。

大学
仕事体験参加申込書【大学用】の作成・申請
必要事項を記入し、学生からの申込書を添付の上、福井障害者職業センターに申請してください。

センター
申請の受理・選考
申請書類を基に受け入れ可否を決定します。

地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）実施方法

（実施方法の目的）

第１　本実施方法は、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が行う職場体験実習（仕事体験）に関して基本的な事項について定める。

（職場体験実習の目的）

第２　機構は、学生に対する職業リハビリテーション業務の実務体験の機会を与えることにより、職業意識の啓発、キャリア形成の支援に資するとともに、当機構の職業リハビリテーション業務への理解を深めることを目的として職場体験実習を実施する。

（実習の期間）

第３　実習の期間は、原則として、令和７年９月１９日に行うものとし、体験させる期間は１日とする。

（実習の場所）

第４　福井障害者職業センター（以下「実施センター」という。）。

（実習の対象者及び募集の周知）

第５　実習の対象者は、大学及び大学院（以下「大学等」という。）に在籍する学生とする。

２　学生の募集に当たっては、 職業リハビリテーション部及び実施センターが連携して、近隣の大学等に対して、周知・広報するものとする。

（申し込み、受け入れ対象者の決定及び通知）

第６　職場体験実習を希望する学生は、様式１−２「地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）参加申込書（学生用）」を作成の上、所属する大学担当者あて提出するものとする。

２　大学等は、学生から提出された参加申込書の取りまとめを行い、実施開始日のおおむね１ヶ月前までに直接、実習を希望する実施センターあて様式２−２「地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）参加申込書（大学用）」により申請を行うものとする。

３　実施センターは、大学等から実習の申請があったときは、申し込み締切り後２週間以内に実施センターの行う業務に支障がないことに留意して受入れの可否を決定し、「職場体験実習（仕事体験）の受入決定について」により大学等に通知する。大学等においては、学生に受入れの可否等を通知するものとする。

（覚書の締結）

第７　大学等は、実施センターが学生を受け入れるまでの間に、実施センターと様式３により、遵守事項等について覚書を締結するものとする。

（報酬等）

第８　機構は、実習の受入れを決定した学生（以下「実習生」という。）に対して、賃金、報酬及び手当等その他の一切の金品を支給しない。

（実習生の服務規律）

第９　実習生は、大学等の学生としての身分を保有し、次のとおり扱うこととする。

２　実習生は、実施センターの指示に従い、実習時間中は実習に専念しなければならない。

３　実習生は、実習中に知り得た秘密について、実習中及び実習終了後においても部外者（大学等を含む。）に漏らしてはならない。

４　実習生は、機構の職務の信用を傷つけ、又は不名誉となる行為をしてはならない。

５　実習生は、上記２～４について様式４-２「誓約書」を事前に提出しなければならない。

６　実施センターは、実習生が前４項の規定に反する行為を行ったときは、実習を中止することができる。この場合、実施センターは大学等にその旨通知するものとする。

（経済的負担等）

第 10　実習生の実習に必要な交通費など、一切の参加経費は実習生又は所属する大学等が負担するものとする。

（実習中における事故責任等）

第 11　大学等及び実習生は、実習期間中の事故に備えて、傷害保険及び賠償責任保険に加入し、実習中の事故に関しては、自らの責任において対応しなければならない。

２　実習生が、故意又は過失により第９の３又は４の規定に反する行為を行ったときは、大学等及び実習生は、これにより機構及び被害を受けた第三者に対して連帯して責任を負わなければならない。

（実習の証明）

第 12　実施センターは、大学等が、実習生の実習内容等について証明を求めたときはこれを行うものとする。

（その他）

第 13　この実施方法に定めるもののほか、職場体験実習の実施に関して必要な事項は、別途定める。

２　実習の実施について、疑義が生じた事項については、職業リハビリテーション部、実施センター、大学等、実習生が協議して決定するものとする。

学生用

（様式1−2）

地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）参加申込書

学校名			
学部/学科		学　年	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		年　齢	歳
現住所等	〒 TEL e−mail		
仕事体験に 参加する目的	（仕事体験に参加して経験したいこと、学びたいこと等主体的な目的・理由を記入してください。）		
卒業後の 希望業種・職種			
備　考	（仕事体験の参加に当たり、何らかの配慮を必要とする場合は、その旨を記入してください。）		

学校記入欄	＜学校の推薦事項＞ 上記学生の仕事体験について推薦いたします。 年　　月　　日 大　学　名: 部署・役職: 推薦者氏名: 〔所在地〕 〔TEL〕 〔FAX〕 〔e−mail〕 ※推薦者の方（ご担当部署の長・ご担当者様、担当教員等）の署名をお願いします。	
	インターンシップ等の傷害保険	※学生の保険内容について確認（☑）をお願いします。 □加入済み　　□加入予定（受入れが確定次第加入します。）

※この申込書により取得した個人情報は、当機構において適正に管理し、仕事体験の運営目的以外に使用することはありません。

大学用

（様式2-2）

地域障害者職業センター職場体験実習（仕事体験）参加申込書

大学名	
連絡担当者 （役職・氏名）	
連絡先	［所在地］ ［TEL］ ［FAX］ ［e-mail］

	学生の氏名	年齢	学部・学科	学年	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					

※仕事体験を希望する学生の参加申込書（様式1-2）を添付の上、福井障害者職業センターに提出してください。