

(参考様式2)

令和 年 月 日
番 号

〇〇大学 担当者氏名 殿

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

〇〇支部 〇〇障害者職業センター所長

職場体験実習（仕事体験）の受入決定について（通知）

先般、参加申込みのありました下記の学生について、実習生として決定しましたので、下記のとおり通知いたします。

記

1 氏 名 〇 〇 〇 〇

2 実施日 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ）

3 実施場所 〇〇障害者職業センター
（〇〇県〇〇市〇〇）

4 事前手続き等

（1）覚書の締結

別添「独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センター職場体験実習に関する覚書（様式3）」の必要事項の記載や大学担当者による押印（認印可）の上、職場体験実習開始前までにセンターに提出すること。

（2）誓約書の提出

実習生は別添「誓約書（様式4-2）」の記載内容を十分に確認した上で、誓約する場合にはチェックボックスにチェックし、職場体験実習開始前までにセンターに提出すること。

（3）傷害保険の加入

実習生が傷害保険に未加入の場合は、職場体験実習開始までに加入手続きを行うこと。

【問い合わせ先】

〇〇障害者職業センター 〇〇、〇〇

TEL

e-mail