

障がい者対象委託訓練（インターンシップコース）登録書

※各項目について、記載又は✓をお願いいたします。

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	<input type="checkbox"/> A 農業・林業	<input type="checkbox"/> H 運輸業・郵便業	<input type="checkbox"/> O 教育・学習支援業
		<input type="checkbox"/> B 漁業	<input type="checkbox"/> I 卸売業・小売業	<input type="checkbox"/> P 医療・福祉
		<input type="checkbox"/> C 鉱業・採石業・砂利採取業	<input type="checkbox"/> J 金融業・保険業	<input type="checkbox"/> Q 複合サービス事業
		<input type="checkbox"/> D 建設業	<input type="checkbox"/> K 不動産業・物品賃貸業	<input type="checkbox"/> R サービス業
		<input type="checkbox"/> E 製造業	<input type="checkbox"/> L 学術研究・専門技術サービス業	(他に分類されないもの)
<input type="checkbox"/> F 電気・ガス・熱供給・水道業		<input type="checkbox"/> M 宿泊業・飲食サービス業		
<input type="checkbox"/> G 情報通信業		<input type="checkbox"/> 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 西暦 年	○ 中小企業 ○ 中小企業等以外 ○ 社会福祉法人 ○ NPO法人	
従業員数	企業全体 人			
企業実習の実施概要	施設名	(フリガナ)		
	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 ( )		
	必要となる経験等			
	実習受け入れにあたっての障害特性等	※該当する番号又は事項を✓してください。また、特記すべき事項があれば記載ください。 (1) 受入検討可能な障害種別 <input type="checkbox"/> ① 身体 (○ 肢体 ○ 聴覚 ○ 視覚 ○ ( ) ) 車椅子 (○ 可 ・ ○ 不可) 特記： <input type="checkbox"/> ② 内部 <input type="checkbox"/> ⑤ 精神 <input type="checkbox"/> ③ 知的 <input type="checkbox"/> ⑥ 精神 <input type="checkbox"/> ④ 発達 (具体的に ) (2) 車椅子受講者受入可の場合の施設対応状況 <input type="checkbox"/> ① 玄関 <input type="checkbox"/> ③ トイレ <input type="checkbox"/> ② 訓練場所 <input type="checkbox"/> ④ その他 ( ) (3) 業務遂行上で、“特に支障のある” 障害特性 <input type="checkbox"/> ① 身体 (具体的に ) <input type="checkbox"/> ② 内部 <input type="checkbox"/> ⑤ 精神 <input type="checkbox"/> ③ 知的 <input type="checkbox"/> ⑥ その他 <input type="checkbox"/> ④ 発達 (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	<input type="checkbox"/> 1 求人中である 申込先： ( ) 公共職業安定所 ・ その他 ( ) <input type="checkbox"/> 2 求人への考えがある <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )			
登録区分	<input type="checkbox"/> 1 継続登録 <input type="checkbox"/> 2 一時登録 ( )			

受付日	有効期限(6か月間)
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、内陸の方は山形県立山形職業能力開発専門校あて FAX、郵送等により御提出ください。

〒990-2473 山形市松栄2-2-1  
山形県立山形職業能力開発専門校  
TEL：023-644-9227 FAX：023-644-6850  
URL：https://www.yamagatanoukai.jp/

【記入上の注意】

1	事業主又は事業所名	記入される場合は、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選択ください。
7	資本金等	資本金及び設立年の記入、企業規模・種類区分を選択ください。
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	無又は有を選択し、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害特性等	該当する番号又は事項を選択ください。 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	該当事項を選択等してください。
20	登録区分	継続登録（有効期限6か月間が基本）、一時登録（1回の訓練のみ等）のいずれかを選択してください。なお、継続登録の場合は訓練受講生募集チラシ等において、登録コース情報が継続的に公表されます。

※ 登録書の内容について、担当より問い合わ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。

※ 本登録書は、貴社から登録削除の依頼があった時又は登録期限の期日に取り消されます。