様式第1号

実　習　申　込　書

　　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長　　様

　実習の受講を希望し、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者記入欄 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　日生 |
| 氏　　名 |  | （満　　歳） |
| 性　　別 |  |
| 住所又は居所 |  | 連絡先電話番号 |
|  |
| 希望する実習内容 |  |  |

　注１　氏名を自署する場合には、押印を省略できます。

　注２　鳥取県内に在住する方のみ、申し込むことができます。

　注３　処理欄は記入しないでください。（実習担当職員に記入してもらってください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 処　理　欄 |  |
|  |  |
| ①所属する指定障害福祉サービス事業所等の名称及び実習担当職員の氏名 |
|  |
| ②実習先企業等の名称 |
|  |
| ③実習内容 |
|  |
| ④実習予定期間　　　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
|  |
| ⑤実習予定日数　　　　　　　　　　　　　　日間 |
|  |
| ⑥その他参考となる事項 |
|  |

様式第２号

実習内容登録受諾書（ 新規 ・ 変更 ）

 　　　　　　 　　　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長　様

　次のとおり、実習の受入登録を受諾します。

|  |
| --- |
| 〔実習実施企業等の名称〕代表者の役職及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 〔本社・本店等の所在地及び連絡先〕〒　　　－ 電　話 　（　　　） 　 ﾌｧｸｼﾐﾘ （　　　） |
| 〔実習実施場所の所在地及び連絡先〕　　　　　　　　※上記と同じ場合は､｢同上｣と記載〒　　　－　　　　　　　　　 電　話　　　　 （　　　） 　　　　　　　 ﾌｧｸｼﾐﾘ （ ） |
| 〔実習実施場所の名称〕※本社等以外の場合のみ記載 |
| 〔事業内容〕 |
| 〔実習の内容（具体的に）〕 |
| 〔実習時間〕　　　　時　　　　分　～　 時　　　　分 |
| 〔障がい者の実習に係る担当者〕 課係名： 氏　名： 連絡先：　　　　　（　　　　） |
|  受入可能な者　※該当箇所にチェック（複数チェック可）　　□身体障がい者　　□知的障がい者　　□精神障がい者　　□発達障がい者　　　 |

※　変更の場合は、〔実習受入企業等の名称〕、〔実習実施場所の名称〕及び変更する項目のみ記載すること。

様式第３号

受講カード

※　実習実施状況確認欄には、実習受講者が押印、記名等により、受講の記録を行ってください。

　実習実施企業等名：

 実習受講者氏名：

実習期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　（この期間中、実習実施日数は　　　日）

実習実施状況確認欄

（　　）月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　曜日→実習受講者印等→ 　　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　１ |  ２ | 　３ |  ４ |  ５ |  ６ |  ７ |
| 　８ |  ９ | 　10 |  11 |  12 |  13 |  14 |
| 　15 | 　16 |  17 |  18 |  19 |  20 |  21 |
| 　22 | 　23 |  24 |  25 |  26 |  27 |  28 |
| 　29 | 　30 |  31 |  |  |  |  |

（　　）月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　１ |  ２ | 　３ |  ４ |  ５ |  ６ |  ７ |
| 　８ |  ９ | 　10 |  11 |  12 |  13 |  14 |
| 　15 | 　16 |  17 |  18 |  19 |  20 |  21 |
| 　22 | 　23 |  24 |  25 |  26 |  27 |  28 |
| 　29 | 　30 |  31 |  |  |  |  |

　　上記のとおり、　　日間の実習を実施したことを証明します。

 　　　　年　　月　　日

　　　　　実習実施企業等の

　　　　　名　　　　　　称

　　　　　代表者の職・氏名 　　 印

様式第４号

口座振込依頼書（実習受講者用）

　振込先銀行名 　銀行　　　　　　 　支店

 振込口座 預金種別　　　　　　　口座

 口座番号

 (フリガナ)

 口座名義

　　　　　　　　　　**※フリガナは必ず記入してください。**

**※振込口座は実習受講者本人名義のものを記入してください。**

　振込金の内容 　 実習奨励金

　実習奨励金を上記預金口座に振り込んでください。

 　　　　年　　月　　日

 住　　所

 氏　　名 　　 

 　鳥取県知事　　　　　　　　　　様

　（障がい福祉課）

様式第５号

口座振込依頼書（実習実施企業等用）

　振込先銀行名 　銀行　　　　　　 　支店

 振込口座 預金種別　　　　　　　口座

 口座番号

 (フリガナ)

 口座名義

　　　　　　　　　**※フリガナは必ず記入してください。**

　振込金の内容 　 実習謝金

　実習謝金を上記預金口座に振り込んでください。

 　　　　年　　月　　日

 住　　所

 氏　　名 　　 

 　鳥取県知事　　　　　　　　　　様

　（障がい福祉課）

様式第６号

辞退届（実習実施企業等用）

 　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習実施企業等の

 名　　　　　　称

 代表者の職氏名　　 　印

　　　　　年　　月　　日付第　　　　　　号で（実習受講者氏名）の実習を依頼されたことについて、下記の事情により辞退します。

記

様式第７号

辞退届（実習受講者用）

 　　　　　　年　　月　　日

 実習受講者氏名 　印

　　　　　年　　月　　日付第　　　　　　号で実習受講者として決定されたことについて、下記の事情により辞退します。

記

様式第８号

事　故　報　告　書

　鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長　様

　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　実習担当者

　　　　　　氏　　名

　障がい者実習中に、下記のとおり事故が発生しましたので、報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 実習先（企業名、住所等） |  |
| ２ | 実習受講者氏名　 |  |
| ３ | 事故発生日時 |  |
| ４ | 事故発生場所 |  |
| ５ | 事故発生状況事故後の対応 |  |
| ６ | 症状、治療の状況 |  |
| ７ | 発生原因再発防止策 |  |