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 |  |