企業向け

実践能力習得訓練コース　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

障がい者委託訓練実施申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 担当者  役職・氏名 |  |
| 連絡先 | TEL  MAIL |
| 訓練場所  （決まっている場合） |  |
| 障がい者雇用についてお悩み等あればお書きください。 |  |
| 想定している作業があればお書きください。 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提出先 | 宮崎県福祉保健部障がい福祉課　障がい者・就労支援担当  〒880-8501  宮崎市橘通東2丁目10番1号  TEL:0985-26-7068/FAX:0985-26-7340  MAIL:shogaifukushi@pref.miyazaki.lg.jp |
| 提出方法 | メールやファックスなどで提出してください。  受付後、コーディネーターより連絡します。 |