

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:shogai Fukushi@pref.miyazaki,lg.jp
提出方法	メールやファ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。