

障がい者委託訓練(実践訓練)委託先登録希望届

岐阜県商工労働部労働雇用課長 様

令和 年 月 日

訓 練 名	実践能力習得訓練 「			」
訓練(仕事)内容	(募集人数 人)			
企業(事業所)情報	所在地			
	名 称			
	代表者			
	連絡先			
	業 種	小売業(飲食店を含む) ・ サービス業 ・ 卸売業		
		ゴム製品製造業 ・ ソフトウェア業または情報処理サービス業		
		旅館業 ・ その他の業種 ()		
資本金		従業員数		
訓練実施場所 (複数個所の場合は別様)	所在地			
	名 称			
	連絡先			
	訓練担当者			

<p>(ご担当者連絡先及び確認事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 上記情報を岐阜県ホームページ等に掲載することに同意します。</p> <p>署 名</p> <p>部署・役職等名</p> <p>電 話 番 号</p>	<p>(備 考)</p> <ul style="list-style-type: none">・会社概要(パンフレット等)を添付してください。・届出後、障がい者への訓練を実施するうえで適切な委託先であることを確認に伺います。
---	---