年（　　　　　年）　　　　月　　　日

八王子市長　殿

学校又は事業所名

校長又は代表者名

八王子市障害者職場実習申込書

　以下の者について、八王子市障害者職場実習について希望します。

　なお、職場実習に当たっては、八王子市の規定に従います。

１　実習を希望する者

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏　　名 |
| ふりがな |
| 氏　　名 |

２　事前打合せ希望日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望順 | 希　望　日 | 時　間　帯 | 備 考 |
| １ | 月　　 日（　　　） | 午前・午後・終日 |  |
| ２ | 月　 　日（　　　） | 午前・午後・終日 |  |
| ３ | 月　　 日（　　　） | 午前・午後・終日 |  |

３　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 連絡担当者 |  |