しあわせの村「障がい者職場実習」申込書

申込日：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援機関名・学校名 | |  | | |
| 担当者名： |  | | | |
| 電話番号： |  | | FAX： |  |
| 実習希望時期： | （ex.令和〇年の〇月ごろなど大体の時期をお書きください。複数回答可です。） | | | |
| 希望職種： |  | | | |
| その他要望など |  | | | |