

（知識・技能習得訓練（集合訓練（職場実習有）のみ、デュアルシステム訓練）、実践能力習得訓練（様式第3-1号【障】以外の訓練実施施設（実習先企業）））

訓練実施施設の概要【職場実習先リスト】

【訓練科目名： △△作業習得科（2か月）】

【機関（法人）名： 株式会社 大阪××】

【職場実習受入先及び所在市町村名】

企業名または業界団体名。予定を記載すること。

平成27年度・平成28年度に実施した事業等により障がい者の職場実習受入の実績がある企業・団体は受入実績欄に○を記入すること。

団体・企業名	所在市町村名	訓練内容	受入実績
社会福祉法人 □□会 特別養護老人ホーム	□□市□□区□□町	廃棄物の分別	○
一般社団法人 □□	◇◇市◇◇町	清掃 軽作業（梱包等）	○
××市××市役所	××市××区××町	事務補助	○
株式会社 △△	△△市△△町	製造業務	○
▽▽ 株式会社	▽▽市▽▽町▽▽	廃棄物の分別	○