大阪府

様式第３－６号【障】

（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：　ＰＣ基礎実践科（４か月）　】
【機関(法人)名：株式会社　△△△　】

【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２８年度･平成２９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〇を記入すること。

団体・企業名	所在市町村名	訓練内容	受入実績

※提出日時点で実習受入可能な事業所を記載すること。