

職場体験実施計画書

提出日 平成 年 月 日

①企業名		フリガナ -----		
②職場体験 を行う事 業所	名称 (①と同 じである場合 は省略可)	フリガナ -----	雇用保険適用事業所番号 -----	
	所在地	(〒 -)		電話 () -
③職場体験 参加者氏名	フリガナ -----	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	
④雇用保険受給資格の有無 有 (受給期間 年 月 日～ 年 月 日)・無				
⑤職場体験実 施内容				
⑥体験期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 ----- ア. 5日以上8日以下 イ. 9日以上12日以下 ウ. 13日以上16日以下 エ. 17日以上			
⑦職場体験に 係る事務手 続の担当者	氏名		役職	
	連絡先 (②の所在地と同 じ場合は省略可)	(〒 -) 電話 () - (内線)		
本実施計画書の内容について、同意します。 (職場体験参加者氏名)			産雇センター受理印	
(備考)			記名押印 又は署名	
			受理番号:	