様式第5号(第5条関係)

職親申込書

年　　月　　日

小野町長

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　年　　月　　日

電話番号

知的障害者福祉法第16条第1項第3号の規定による職親になりたいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所及び家庭に関する事項 | 事業所の所在地 |  |
| 事業主氏名(法人にあってはその名称及び代表者の氏名) |  |
| 事業(家業)内容 |  |
| 従業人員 | 男　　　人　女　　　人　計　　　人 |
| 世帯構成人員 | 家族　　人　同居人　　人　計　　人 |
| 住居の規模及び構造 | 敷地面積　　m2　建て面積　　m2　木造その他の別(　　)　平屋、二階建て等の別(　　) |
| 知的障害者を使用した経験の有無及びその他の参考事項 |  |
| 委託に関する事項 | 受入希望知的障害者数 | 男　人　　歳から　　歳まで　通い　人　住込み　人  女　人　　歳から　　歳まで　通い　人　住込み　人 |
| 希望事項及び条件 |  |
| 職親希望の理由 |  |
| 知的障害者の技能指導種目又は職種 |  |
| 将来の雇用の見込み |  |

添付書類

1　事業所の所在地を示す略図　　　2　知的障害者の訓練計画