

障害者職場体験実習 受入企業募集のご案内



公益財団法人東京しごと財団では、障害のある方の就労を支援するため、障害のある方を実習生として受入れ、職場体験を実施していただける企業を募集しています。

既に障害のある方を雇用されている企業、今後雇用を検討している企業からの御申込をお待ちしています。是非、障害者雇用のノウハウを蓄える機会として本事業の活用を御検討ください。

※職場体験実習の受入れは、その後の雇用を義務付けるものではありません。

申込から職場体験実習実施までの流れ

申込

裏面の申込書に記入の上、当財団に御提出ください。

登録

財団職員が企業を訪問し、申込書の内容、実習先の環境を確認し、登録を行います。

情報提供

当財団のホームページ・障害者雇用就業サポートデスク・就活セミナー等で、職場体験実習受入れ可能な企業として、障害者就労支援機関に御案内いたします。

事前調整

都内就労支援機関に通所する障害者の要望に応じて、当財団の仲介により貴社への職場体験実習の受入れの可否を調整・確認いたします。
受入可能の場合：実習の日程等の詳細については、各支援機関等と貴社で直接調整いただきます。

実習実施

◆職場体験実習内容例

- ・事務補助作業(パソコン入力、DM封入・封緘、郵便仕分け、シュレツダー)
- ・現場作業(清掃、調理補助・配膳、集配、梱包作業等)

※当財団では、職場体験実習に係る普通傷害、損害賠償責任保険事業も行っております(加入費用は財団負担、申込は支援機関)。また、状況により東京ジョブコーチによる支援も可能ですので、お気軽に御相談ください。

その他「職場体験実習面談会」を開催しております(参加申込別途募集)。

「東京しごと財団職場体験実習受入企業」 登録申込書(郵送又はメールにて)	財団利用欄
	受付AD名
	登録番号J-

□があるところは該当にチェック願います。

申込日

年

月

日

企業名	フリガナ				<input type="checkbox"/> 特例子会社である <input type="checkbox"/> 特例子会社でない
本社所在地	〒	交通機関	線 バス	駅徒歩 徒歩	分 分
事業内容		代表者	役職	氏名	
従業員数	人	代表電話	実習受入 担当部署		
実習受入担当者		担当者 アドレス		担当者 連絡先	

実習概要						
対象障害種別	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部) <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他 ()					
実習先名称		実習 受入人数	1回につき	名		
実習先所在地	(企業本社所在地と異なる場合のみ記入)		実習先 交通機関	線 バス	駅徒歩 徒歩	分 分
実習内容						
実習期間	<input type="checkbox"/> 1週間以内 (日) <input type="checkbox"/> 2週間程度 <input type="checkbox"/> その他 ()					
実習可能時期	<input type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> その他(下記の枠内に具体的にお書きください。例:時期が毎月1日から10日と決まっている) []					
実習時間	: ~ : (時間/日) <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項						

その他					
実習後の雇用の 有無	<input type="checkbox"/> なし(体験実習のみ) <input type="checkbox"/> あり(実習後、採用選考を検討)				
財団HPへの掲載	<input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開(理由:)				
支援機関への 情報提供(*)	<input type="checkbox"/> 支援機関への情報提供に同意する。 * 情報提供には御登録いただいた内容を支援機関・本人に開示、登録情報を複写したものを渡すことが含まれます。				
備考					

お読みください。

- ・本事業は、(公財)東京しごと財団が、東京都の補助を受けて実施するものです。
- ・登録申込書にある情報については、当財団の本事業にのみ活用させていただきます。
- ・登録内容に変更が生じた場合には、速やかに当財団まで連絡をお願いいたします。
- ・登録期間は申込日から半年間です。登録内容に変更がない場合は、更に半年間自動更新となります。

◆ 問合せ先・送付先 ◆

〒102-0072 千代田区飯田橋3-10-3 東京しごとセンター8階

(公財)東京しごと財団 総合支援部 障害者就業支援課 コーディネート事業係

☎ 03-5211-2682

✉ jissy@shigotozaidan.or.jp

2022年4月作