様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

岡山県産業労働部労働雇用政策課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　申込者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　申込者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

障害者雇用促進アドバイザー派遣申請書

岡山県障害者雇用促進アドバイザー設置要綱第６条に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事業 |  |
| 資本金又は出資の総額 | 円 |
| 常時使用する従業員数（うち障害のある人） | 人（　　　　）人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第１希望 | 　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　　：　　　　～　　　： |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　　）午前・午後　　　　：　　　　～　　　： |
| 内容 | １　相談　　　　　　　２　実地研修 |
| 相談内容（相談の場合） |  |
| 派遣希望場所（相談の場合） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

　※会社概要がわかる資料を添付してください。

様式第２号

障害者雇用促進アドバイザー派遣決定通知書

年　　月　　日

申請事業所の代表者

　　　　　　　　　殿

岡山県産業労働部労働雇用政策課長

　　　年　　月　　日付けで申請のあった派遣については、次のとおり決定したので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | 年　　月　　日（　　）午前・午後　　　：　　　～　　　： |
| 場所 |  |
| 内容 | １　相談　　　　　　　２　実地研修 |
| アドバイザー | 職・氏名 |  |
| 所属 |  |
| 電話番号 |  |
| 県の担当者 | 職・氏名 |  |
| 所属 |  |
| 電話番号 |  |

様式第３号

障害者雇用促進アドバイザー派遣事業利用報告書

年　　月　　日

岡山県産業労働部労働雇用政策課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

障害者雇用促進アドバイザーについて、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日時 | 　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　　：　　　　～　　　： |
| 内容 | １　相談　　　　　　　２　実地研修 |
| 相談内容（相談の場合） |  |
| 相談結果（相談の場合） |  |
| 今後の取組等 |  |
| 担当者　職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |