（様式第１号）

年　月　日

大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 登録申請者名（法人の場合は法人名） |  |
| 代表者職・氏名 |  |

**協力事業所登録申請書**

社会生活適応訓練事業実施要綱による協力事業所として登録されるよう次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の商号又は名称 |  |
| 事業所の代表者職・氏名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ファクシミリ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 事業所ホームページＵＲＬ |  |
| 事業内容 |  |
| 事業開始年月日 |  |
| 事業所従業員数（申請する事業所について記載） | 常勤 男　名、女　名、その他　名 | 非常勤 男　名、女　名、その他　名 |
|  | うち障がい者 |  | うち障がい者 |
|  | 男　名、女　名、その他　名 |  | 男　名、女　名、その他　名 |
|  |  | うち精神障がい者 |  |  | うち精神障がい者 |
|  |  | 男　名、女　名、その他　名 |  |  | 男　名、女　名、その他　名 |
| 訓練場所所在地 | 〒 |
| 訓練内容 |  |
| 訓練受入可能人数 | 　　　　名 |
| 精神障がい者の雇用経験の有無（申請する事業所について記載） | [ ]  有男　名、女　名、その他　名 | ☐ 無 |
|  | うち、社会生活適応訓練事業を通じた雇用　男　名、女　名、その他　名 |
| 担当者（部署・氏名） |  |

* 訓練受入可能人数は、事業所が同時に受け入れることができる訓練生の人数をいいます（事業所従業員数の半分以下としてください。）。
* 事業所名称、事業所ホームページＵＲＬ、訓練場所所在地（市区町村名まで）、訓練内容については、大阪府のホームページに公表します。

別添

|  |  |
| --- | --- |
| 登録申請事業所名 |  |

**協力事業所登録申請のきっかけ、経緯**

|  |
| --- |
|  |

**協力事業所登録申請にあたり、以下の内容に同意し遵守します。**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] １ | 訓練生１名に対して、スタッフ２名以上で対応できる人員体制を確保する。 |
| [ ] ２ | 訓練生受入時は、事前に訓練希望者や支援機関等との情報共有や見学受入を行うとともに、訓練希望者の障がい特性や希望等を踏まえ、環境調整等の配慮を行う。 |
| [ ] ３ | 訓練生の障がい特性に配慮し、訓練期間中は支援機関と密に連携する。 |
| [ ] ４ | 環境調整等に関して、大阪府からの意見・指示等があった場合、それを受け入れ、対応する。 |
| [ ] ５ | 大阪府のホームページでの事業所情報の公表に同意する。 |
| [ ] ６ | 事務手続きの流れや必要書類について確認し、訓練生受入時には、期日までに必要な書類を提出する。 |
| [ ] ７ | 訓練で知り得た個人情報を訓練の目的以外のために使用しない。また、本人の同意なしに第三者に提供しない。 |
| [ ] ８ | 上記１～７の内容について、事業所内スタッフ間で共有し、共通認識をもって訓練生を受け入れる。 |

**訓練環境において、特性によっては影響を受ける可能性のある状況について**

|  |
| --- |
| **①　大きな音、長く続く音、耳につくような音の有無**　　[ ]  有　　[ ]  無「有」の場合、どのような音か[ ]  機械音　　　[ ]  作業音　　[ ]  電話の音　[ ]  人の声[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **②　強いにおい、独特なにおいの有無**　　[ ]  有　　[ ]  無「有」の場合、どのようなにおいか[ ]  機械・オイル　　[ ]  ごみ　　[ ]  薬　[ ]  消毒液　　[ ]  食品[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **③　重機等の往来の有無**　　[ ]  有　　[ ]  無　　「有」の場合、どのようなモノの往来か　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **④　影響を受ける可能性のある過度の暑さや寒さの有無**　　[ ]  有　　[ ]  無 |
| **⑤　その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |