

同意書

令和 年 月 日

音更町長 宛て

住 所：_____

氏 名：_____ 印

代筆者：_____ 印

次の事項を音更町職場体験事業の体験先（候補を含む。）へ提供することに同意します。

記

- 1 氏名、生年月日、性別、現住所及び電話番号
- 2 利用施設の名称、住所、担当者名及び電話番号
- 3 障がいの状況
- 4 学歴・職歴等及び資格・趣味
- 5 障害福祉サービス利用の内容・状況
- 6 希望の動機及び実習先、勤務時間等への希望
- 7 本人の特性及びセールスポイント
- 8 参加するに当たっての課題
- 9 留意事項（配慮が必要なこと）