えんくるり就労体験事業確認書

**体験者→受入事業所**

様式３

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒電話 |
| 事業所の管理者 |  |
| 事業所の就労体験支援担当者 |  |
| 支援機関名・担当者連絡先（電話番号） |  |

□ あなたがこれから行う活動は就労体験活動であり、一般の雇用契約ではありません。

□ あなたがこれから行う活動は、１日あたり1,000円の応援金付き就労体験活動です。

□ あなたがこれから行う活動の体験先は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　で、

　 あなたを担当する職員は　　　　　　　　　　　　　　　　　　です。

* あなたの活動（仕事）の内容は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　です。
* あなたの活動の開始日は　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　曜日）です。

この日は　　　　　　　　時に　　　　　　　　　　　　に来てください。

* あなたの活動は、　　　　時から　　　　時まで、１日　　　時間 行う予定です。
* 食事は、□ (　　　　)円で提供します　　　　□提供しません
* 活動（仕事）が原因で負傷した場合には、下記の保険により補償があります。

（保険会社・保険名称）

* 活動上知り得た情報は、無断で使用したり口外したりしないでください。
* あなたにこの活動を紹介した支援機関がある場合はこの確認書の内容をお伝えします。

上記の内容を確認しました

　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　署名

えんくるり事業　令和　年　　月　　日