

別記第2号様式（第12条関係）

障 福 第 号
令和 年(20 年) 月 日

様

北海道保健福祉部長 道場 満

令和5年度(2023年度)障がい者職場実習推進事業実施承認通知書

令和 年(20 年) 月 日付けで申込のあった標記事業の実施について、次のとおり承認したので通知します。

実習場所	住所
	所属名
実習内容	
実習者	
実習期間	令和 年(20 年) 月 日 ~ 令和 年(20 年) 月 日