



## 来て！見て！みらい発見！ お仕事体験ウィーク 開催要項

**趣旨** 障がいのある方、家族、支援者また障がいが見られる困窮者の方を対象とした企業体験会を開催します。中部圏域の企業(8市町村)で就業体験を通して、それぞれ特色ある業種(職種)の仕事内容を見て、体験し、選択肢を広げ、働く意欲を高め、更にマッチングと雇用促進を図る事を目的とします。

**日時** 令和3年11月2日(火)～11月6日(土)の1日もしくは2日間  
※1日あたり2時間程度の職場体験 体験者1～4人程度

**場所** 中部圏域8市町村の協力企業 (別紙参照)

**対象** 障がいのある方、障がいが見られる困窮者の方、家族、支援者

**申込** 参加申込用紙にご記入の上、申込書をFAXかメールにてお申込お願いします。  
申込〆切10月20日(水)  
FAX 098-989-6525 メール chu-bu@sirius.ocn.ne.jp

**決定** FAXかメール、もしくはお電話で決定通知書を送付致します。

**その他** ・一部の参加希望者に対しては、就業体験時は、医療法人一灯の会(障害者就業・生活支援センター花灯)で傷害総合保険に加入します。  
・企業との受け入れ調整により、必要に応じてPCR検査を行います。

### ※YouTube配信について

- ①今回の体験は、コロナウイルス感染予防の観点から人数制限を設けております。より多くの方に職業選択をして頂きたく撮影動画をYouTubeで後日配信を予定しています。

### 📍 沖縄県「障害者等雇用開拓・定着支援事業」

医療法人 一灯の会 中部地区障害者就業・生活支援センター花灯

<共催> 中部圏域雇用促進チーム

<後援> 沖縄県教育委員会・ハローワーク沖縄・沖縄障害者職業センター・宜野湾市・うるま市・  
沖縄市社会福祉協議会

## お仕事体験会参加・申し込みについて

- ① ご希望の就業体験企業を選択して下さい。最大2つを選択希望できます。
- ② 申し込み用紙に志望動機等を記入の上、10月20日(水)までに申込用紙をFAXかメールにて送信をお願いします。募集期間が短く、申し訳ありません。
- ③ 決定通知をFAXまたは電話またはメールにてご連絡差し上げます。
- ④ 事前に顔合わせを行う企業があります。決定通知書にて個別に連絡させていただきますので、ご対応お願い致します。
- ⑤ 体験時の服装などは決定通知書に記載させていただきます。ご確認ください。
- ⑥ 体験の前に事前のPCR検査が必要な企業があります。決定通知書にて個別にお知らせいたしますのでご確認ください。費用については、障がい福祉サービス利用中の方は事業所にご確認ください。また学生や個人の求職中の方に関しては当事業で負担致します。
- ⑦ 就業体験時に傷害総合保険の加入が必要となります。障がい福祉サービス等利用中の方は事業所の保険をご確認ください。また学生や個人の求職中の方に関しては当事業で保険料を負担致しますので申込用紙に生年月日、住所のご記入をお願い致します。
- ⑧ 当日、生徒は保護者(教諭)の同行、福祉サービス事業所利用者は事業所スタッフ(支援者)1名の同行をお願いします。
- ⑨ 就業体験の様子を動画、写真撮影する場合があります。詳しくは協力企業一覧をご確認ください。
- ⑩ 申込多数の場合、ご希望に添えない場合がありますが、後日就業体験の様子のYouTube配信を予定しておりますのでご参考にして頂ければと思います。  
YouTubeチャンネル 中部地区障害者就業・生活支援センター花灯
- ⑪ 企業への直接のお問い合わせはご遠慮ください。体験後、実習等をご希望の場合は、就業・生活支援センター花灯へご相談ください。(TEL 098-989-6528)

### 《お仕事体験ウィーク申し込みから当日参加までの流れ》

希望の体験コースを選択する(最大2つ)  
志望動機を記入し、参加申込書をFAXかメールで送信。  
締め切り 10/20(水)  
応募者多数の場合ご希望に添えない場合があります。ご了承下さい。

参加可否をFAXか電話、またはメールにて決定通知書にて連絡致します。

事前面談、事前のPCR検査が必要な場合、日程の確保をお願いします  
決定通知書にて日程、当日の持ち物のご確認をお願い致します。

当日現地集合、決定通知書を持参の上、就業体験に参加

申込〆切： 令和3年10月20日(水)

## お仕事体験ウィーク参加申込書

FAX 098-989-6525 メール [chu-bu@sirius.ocn.ne.jp](mailto:chu-bu@sirius.ocn.ne.jp)

医療法人一灯の会 中部地区障害者就業・生活支援センター花灯 宛

開催要項をご確認、お名前等と協力企業一覧の中から、企業名、希望のコース、志望理由を下記に記入の上、この申込書をFAXかメールで送信をお願いします。申込多数の場合、ご希望に添えないこともあります。ご了承下さい。

参加者氏名	所属	障がい種別	
フリガナ	A型 B型 就労移行 学生 その他 ( )	身体障がい 精神障がい 知的障がい その他 ( )	
お住いの市町村：	年齢：	動画・写真撮影 可能 ・ 不可	
傷害総合保険の加入希望の場合 生年月日 年 月 日 住所：			
学校/事業所名：		連絡先：	
同行者氏名： 続柄 ( )		FAX：	
メールアドレス：			
	企業名	申込番号	志望理由
記入例	和菓子と総菜の店ふくや	4-4	前からお菓子作りに興味があり、仕事としてやってみたいと思って志望しました。衛生面にも気を配りながら取り組んでいきたいと思います。
第1志望			
第2志望			
企業体験会の目的のみに使用いたします。ご記入のご協力お願い致します。			
強み		弱み	
障がい特性上、配慮が必要なことがあればご記入をお願いします。			

結果については、決定通知をFAXまたはメールまたは、お電話にてご連絡申し上げます。

医療法人一灯の会 中部地区障害者就業・生活支援センター花灯 TEL 098-989-6528