＜様式第３号＞

　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人岐阜県農畜産公社　理事長　 様

|  |  |
| --- | --- |
| 農業経営体名 |  |
|  | 代表者名 |  |
|  | 所在地・連絡先 | 〒TEL（ 　 ）　　－　　　 　FAX（　 　） 　－　　 |
| 主務者名\*1 |  |
| 活動する事業場の所在 |  |
| 障がい者又は作業委託した事業所名\*2 |  |
| 【作業の内容】 |
| 【助言を希望する内容】 |
| 【活動日程】\*3●作業期間　　　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日 ●助言を希望する日・時間

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回 | 日にち/時間 | 回 | 日にち/時間 | 回 | 日にち/時間 | 回 | 日にち/時間 |
| 1 | 月 日( ): ～ :  | 4 |  月 日(　) : ～ :  | 7 |  月 日(　) : ～ :  | 10 |  月 日(　) : ～ :  |
| 2 | 月 日( ) : ～ :  | 5 |  月 日(　) : ～ :  | 8 |  月 日(　) : ～ :  |  |  |
| 3 | 月 日(　) : ～ :  | 6 |  月 日(　) : ～ :  | 9 |  月 日(　) : ～ :  |  |  |

 |

岐阜県農業ジョブコーチの派遣について（要請）

＊１ 主務者とは、直接助言を行う相手方を記入。

＊２ 障がい者雇用の場合は。障がいの種類と人数、作業委託の場合は、障害福祉サービス事業所名と

作業に従事する利用者の障害種別と人数を記入。

＊３ 県の会計年度をまたいだ支援、全１０日(回)を超える活動は補助対象外となります。

上記のとおり、岐阜県農業ジョブコーチの派遣を要請します。

（事業所名・代表者氏名）