様式第11号(第12条関係)

職場適応訓練委託契約変更・解除協議書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | 　 | 事業主または代表者の氏名 | 　 |
| 所在地 | 　 | 委託契約締結年月日 | 年　　月　　日 |
| 職場適応訓練生氏名 | 　 |
| 変更・解除予定年月日 | 　　変更・解除　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変更・解除に関する事項 | 変更・解除事項 | 　 |
| 理由 | 　 |

　上記のとおり協議します。

　　　　　年　　月　　日

　　福井県知事様

事業所の所在地

事業所の名称

事業主または代表者の氏名

|  |  |
| --- | --- |
| ※協議書受理年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| ※公共職業安定所長の意見 | 　 |

　　　　　年　　月　　日

公共職業安定所長

注意　※印欄は、記入しないでください。