福祉の職場体験事業受入承諾書

（様式１）

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　　人　　名 | |  | | | |
| 施設・事業所名 | |  | | | |
| 施　設　種　類 | | □高齢者福祉　　□障がい者福祉（身体・知的・精神・複合）　　□児童福祉  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 具体的な施設の種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊例：特別養護老人ホーム、デイサービス、就労継続支援事業所（Ｂ型）、等 | | | |
| 事業所 | 所　在　地 | 〒　　　－ | | | |
| 連　絡　先 | ＴＥＬ　　　　（　　　　）　　　　　　ＦＡＸ　　　　（　　　　） | | | |
| 担　　当　　者 | | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 施設・事業所まで  の 交 通 手 段 | | 最寄駅 | ＪＲ・私鉄（　　　　　）線　（　　　　　）駅下車　徒歩（　　）分 | | |
| バ　ス  路　線 | （　　　　　）バス　（　　　　　　　　）線　／　乗車（　　）分  降車停留所（　　　　　　　　）　／　徒歩（　　）分 | | |
| 車通勤 | □可（要事前連絡）　　　　　　□不可 | | |
| 土日祝日の受入 | | □可（土曜日・日曜日・祝日）　　　□不可 | | | |
| 中学生の受入 | | □可　　　□不可 | | | |
| 障がい者の受入 | | □可　　　□不可　　□その都度検討（オリエンテーションで判断） | | | |
| 外国人の受入 | | □可　　　□不可　　□その都度検討（オリエンテーションで判断） | | | |
| 体験調整方法 | | □電話連絡のみで可　　　□ＦＡＸのみで可　　　□電話・ＦＡＸ可 | | | |
| 体験可能職種 | | □介護職　□相談員　□看護職　□セラピスト（理学療法士・作業療法士）  □保育士　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| オリエンテーション | | □体験初日に必要　　　□体験前に必要（　　　　日前までに）  □外国人・障がい者・無資格未経験者に関しては必要 | | | |
| 持ち物・服装等 | | □上靴（かかとのあるもの）　　□動きやすい服装（ジャージ　□可　□不可）  □エプロン　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 昼　　　　　食 | | □お弁当を持参する　　　　　□施設で注文する（　　　　円）  □持参・注文どちらでも可　　□体験者に無料で昼食を用意する | | | |
| 健 康 診 断 書 | | □必要 →（　　　）か月以内に受診のもの（□原本　□コピー可）  　　　　　　＜学生の場合＞ 学校実施の健康診断書のコピー　□可　□不可  　　　　　検査項目    □不要 | | | |
| 特　記　事　項 | | （その他、受入にあたって条件等がありましたら御記入ください。） | | | |

＊施設・事業所ごとに作成してください。