

送付先 F A X 番号 0 5 3 - 4 5 3 - 0 7 1 6

- 下記のとおり介護体験研修事業を受け入れします。
 介護体験研修事業の受け入れをいたしません。

介護体験研修事業受入れ承諾書

平成 年 月 日

法 人 名			
施 設 ・ 事 業 所 名			
施 設 種 類			
事 業 所	所 在 地	〒 -	
	連 絡 先	TEL () - FAX () - Email:	
担 当 者		職 名	氏 名
施 設 ・ 事 業 所 ま だ の 交 通 手 段		車 通 勤	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可能 (要事前連絡)
		最 寄 駅	J R ・ 私 鉄 () 駅 下 車 徒 歩 分
		バ ス 路 線	() バ ス () 線 / 乗 車 分 降 車 停 留 所 () / 徒 歩 分
昼 食		<input type="checkbox"/> お弁当を持参する <input type="checkbox"/> 施設で注文する (円) <input type="checkbox"/> 持参・注文どちらでも可能 <input type="checkbox"/> 研修者に無料で昼食を用意する	
持 ち 物 等		<input type="checkbox"/> 上靴 (かかとのあるもの) <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他 ()	
オ リ エ ン テ ー シ ョ ン		<input type="checkbox"/> 研修初日に必要 <input type="checkbox"/> 研修前に必要 (日前までに) <input type="checkbox"/> 外国人・障がい者・無資格未経験者に関しては必要	
研 修 申 し 込 み		福祉人材バンクからの研修受入れ調整の時期及び方法 <input type="checkbox"/> 体験の (日前までに) <input type="checkbox"/> F A X の み で 可 <input type="checkbox"/> F A X ・ メ ー ル 可	
土 日 祝 日 の 受 入 れ		<input type="checkbox"/> 可 (土曜日・日曜日・祝日) <input type="checkbox"/> 不可	
<p>※健康診断が必須の場合は、記入してください。</p> <p>・健康診断書 () ヶ月以内に受診のもの (原本・コピー可)</p> <p>・必要な項目 ()</p>			
<p>[特記事項] 受入れにあたって、条件等がありましたらご記入ください。</p>			