様式４-1

送付先ＦＡＸ番号　０５３－４５３－０７１６

介護・福祉のしごと体験研修事業受入れ承諾書

下記のとおり介護・福祉のしごと体験研修の受入れをします。

□一般　□学生（中学、高校、専門学校、短大、大学等）

介護・福祉のしごと体験研修の受入れをいたしません。

□一般　□学生（中学、高校、専門学校、短大、大学等）

令和　　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・事業所までの交通手段		車通勤	□不可　□可能（要事前連絡）		
		最寄駅	ＪＲ・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		□お弁当を持参する　□施設で注文する（　　円） □持参・注文どちらでも可能　□体験者に無料で昼食を用意する			
持ち物等		□上靴（かかとのあるもの）　□エプロン　□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			
体験申込み		福祉人材バンクからの体験受入れ調整の時期及び方法 □体験の（　　日前までに） □ＦＡＸのみで可　□ＦＡＸ・メール可			
土日祝日の受入れ		□可（土曜日・日曜日・祝日）　□不可			

※健康診断が必須の場合は、記入してください。

・健康診断書（　　）ヶ月以内に受診のもの（原本・コピー可）

・必要な項目（　　）

[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。