

新潟県福祉人材センター宛 (FAX：025-282-0548)

令和2年度「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」受入承諾書

※ この様式は、施設・事業所ごとに作成してください。

(記入日)令和 年 月 日

法人・会社名					
フリガナ					
施設・事業所名					
施設種別 (いずれか1つに○)	1. 特別養護老人ホーム	2. 介護老人保健施設	3. グループホーム	4. ショートステイ	
	5. デイサービスセンター	6. 小規模多機能型居宅介護	7. 有料老人ホーム		
住所	〒 ー				
連絡先	電話番号：		FAX 番号：		
施設・事業所 責任者	職名	氏名	フリガナ		
担当者	職名	氏名	フリガナ		
施設・事業所まで の交通手段	駐車場		J R		バス
	使用可 ・ 使用不可	線	駅下車	線	バス停車
		徒歩	分	徒歩	分

※体験希望者の受入れに関して記入してください。

※具体的な日程は、体験申込みが入り次第、お電話で直接ご相談させていただきます。

同時に受入できる人数	人				<備考>	
高校生の受入れ	可		不可			
受入可能日数 (複数回答可 該当するすべてに○)	1日	2日間	3日間	4日間		5日間
受入れ可能曜日 (複数回答可 該当するすべてに○)	平日	土曜	日曜	祝日		
体験希望者の昼食 (該当に○)	各自で用意 (弁当等持参)	施設で注文する (1食 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		
持ち物・服装等 (該当に○)	・動きやすい服装 (ジャージ：可 ・ 不可) ・更衣室 (有 ・ 無) ・内ばき (運動靴 ・ スリッパ可) ・エプロン (要 ・ 不要) ・その他 ()					
健康診断書の写し	不要	必要	<備考>			
※1日コースの場合は、いずれの受入施設等においても健康診断及び感染症等に係る検査の実施等を体験参加者に対し求めないものとします。	※健康診断書が必要な場合、以下について記入してください。 ①健康診断書は、() か月以内に受診のもの ②学生の場合、学校で実施の健康診断書の写しで (可 ・ 不可) ③検査項目 ()					
体験時の留意事項						