（様式２）

**令和6年度福祉職場インターンシップ受入事業所情報**

法人名

当法人は、令和6年度福祉職場インターンシップ事業について、下記のとおりインターンシップ参加希望者を受け入れます。

1. 受入施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | | | |
| 事業種別 | 高齢　障害　児童 保育 | | | | | | | |
| 法人HP |  | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　FAX | | | | | | | |
| アクセス |  | | | 線 |  | | | 駅 |
| 最寄り駅からのアクセス | バス |  | 分 | （バス停名） | | |  | |
| 徒歩 |  | 分 | | | | | |
| 受入担当者 |  |  | | | | 職名 |  | |

２．準備物

持ち物等に関して、該当する番号に✓を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 持っていくもの | エプロン　　上履き　　飲み物  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | ①各自で用意　②施設で用意（希望者のみ）  ※②の場合の食事代　　　　　　　円（1日分） |

３．受入施設として学生・社会人へのPR（※250字以内）

|  |
| --- |
|  |

４．受け入れ対象者

受入れ可能な対象全てにチェックをつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受入れ対象者 | 高校生　大学生　社会人 |

５．受け入れ可能日

|  |  |
| --- | --- |
| 7月（20～） |  |
| 8月 |  |
| 9月 |  |
| 10月 |  |
| 11月 |  |
| 12月 |  |

|  |
| --- |
| 【提出先】  社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会 福祉支援部(福祉人材センター) 担当：長田  TEL086-226-3507　FAX086-801-9190　E-mail：[jinzaicenter@fukushiokayama.or.jp](mailto:jinzaicenter@fukushiokayama.or.jp)  【提出期限】  令和６年４月２９日（月）  ※応募期限を過ぎての応募、日程変更につきましては人材センターまでご相談ください。 |