インターンシッププログラム

法人名　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　事業所名

連絡先　　　　　　　　　　　 　　　　　　　担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間・日程 | １日目 | ２日目 | ３日目 |
| ８：００  ８：３０  ９：００  ９：３０  １０：００  １０：３０  １１：００  １１：３０  １２：００ |  |  |  |
| １３：００  １３：３０  １４：００  １４：３０  １５：００  １５：３０  １６：００  １６：３０ |  |  |  |

　※受入日数分のプログラムをご記入ください。（２、３日目の受入がない場合は空欄でかまいません。）

|  |
| --- |
| 備考欄（注意事項等） |

社会福祉法人　岡山県社会福祉協議会（福祉人材センター）

〒700-0807 岡山市北区南方2丁目１３－１きらめきプラザ

TEL：086-226-3507 FAX：086-801-9190