令和３年　　月　　日

**福祉職場インターンシップ実施報告**

岡山県社会福祉協議会　事務局長　殿

 施設名：　　　　　　　　　　印

 代表者名：

（担当者名：　　　　　　　　　　　）

標記インターンシップについて以下の通り実施完了いたしましたので、報告いたします。

■**受入インターンシップ生氏名**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名****※複数名記入可** |  |
|  |  **人** |  |  **日** |

■**インターンシップ受入日/実施内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施日 | 第１日目 |  |
| 第２日目 |  |
| 第３日目 |  |
| 実施内容 |  |

■**次年度にむけて意見・要望等があればご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

■**インターンシップ費用　振込口座**

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円（＠　　　　円×延べ体験日数　　　日） |
| 振込口座※口座名義には必ず**「ふりがな」**をふってください。 | 　　　　　　　　銀 行 　　　　　　　　　　支 店 （普通・当座）口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |