

令和 年 月 日

「福祉の職場体験事業」受入希望調書

「福祉の職場体験事業」について、下記のとおり受け入れを希望します。

記

1 法人名・事業所名等

法人名	
事業所名	
事業種別 ※1から選択し記入	

※1事業種別

高齢分野 通所介護(デイサービス) 地域密着型通所介護 通所リハビリ 宅老所 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 短期入所生活介護(ショートステイ) 特別養護老人ホーム 地域密着型特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 養護老人ホーム 軽費老人ホーム 介護付き有料老人ホーム(特定施設) その他()	障がい分野 障害者就労継続支援A型 障害者就労継続支援B型 生活介護 地域活動支援センター その他()
	児童・保育分野 保育所 認定こども園(幼保連携型・幼稚園型・保育所型) 児童養護施設 児童クラブ 児童発達支援事業 放課後等デイサービス その他()

※その他の種別に該当する場合は、事前に本会へ確認してください。

事業所住所	〒		
	住所	長野県	
エリア	事業所エリア ※○で囲む	佐久・上小・諏訪・上伊那・飯田下伊那・木曽 松本・大北・長野・中野飯山	
電話番号		FAX	
受入担当者氏名		E-mail	

2 受入人数等

※体験のプログラム上、事業所外への車等での移動が必要な場合には、体験者が同乗する車の自動車保険の補償範囲について確認し、下記に✓を入れてください。

1日の受入可能人数	人	
受入可能時期	通年可	
	条件あり	
受入可能曜日	いつでも可	
	一部不可	

体験希望者が自動車保険の補償範囲に含まれることを確認しました

☐ 確認済
☐ 移動なし

⇒

⇒

3 留意事項