（様式４号）

「福祉の職場体験事業」事前連絡チェックリスト

学校名等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体験先事業所名			
体験日	月　日（ ）～　月　日（ ）	体験先住所	
担当者名		連絡先	（ ）

※決定通知に記載されています。

事前連絡日：　＿＿月　＿＿日　　**※決定通知到着後、担当者に必ず電話で確認してください。**

チェックリスト			チェック欄
1	体験時間	＿＿時　＿＿分　～＿＿時　＿＿分（休憩：＿時＿分　～＿＿時＿＿分） ※基本の体験時間は9時～16時ですが、体験先によって多少前後する場合がありますので必ず確認してください。	□
2	体験初日の集合時間	＿＿＿＿時　＿＿分	□
3	持ち物	□運動靴（□上履き用　□外履き用）　□タオル　□エプロン　□三角巾 □マスク　□名札　□筆記用具　□昼食（※下記「昼食欄」参照） □その他（ ）	□
4	服装	□ジャージ　□スウェット　□Tシャツ　□ポロシャツ □その他（ ）　※体験に適した動きやすい服装	□
5	昼食	□弁当等を持参 □施設で提供可（１食＿＿＿＿円、自己負担） ※昼食キャンセル等の場合、連絡は　＿＿月　＿＿日までに 。	□
6	交通手段	□公共交通機関（電車・バス）　□徒歩　□自転車　□自家用車 □その他（ ） ※当日、どのような交通手段で体験先に訪問するか担当者に伝えてください。 自家用車の場合、駐車場の有無や場所を確認してください。	□
7	その他	※体験に際し配慮してほしいこと、体験内容の希望等、事前に伝えておきたい事等があれば担当者へ伝えてください。	□

※この様式は提出の必要はありません。各自で体験日まで大切に保管してください。