

「令和4年度介護の職場体験事業」登録申請書・変更届

年 月 日

法人名			
代表者名		代表者職名	
サービス種別	特別養護老人ホーム(ショートステイ含む)・介護老人保健施設・認知症グループホーム 通所介護事業所(デイサービス)・小規模多機能型居宅介護・その他()		
事業所名			
所在地	(〒)		
ふりがな 担当者氏名		担当者職名	
連絡先	TEL: () FAX: ()		
受入れ可能な時期 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> ___月~ ___月 ()		
受入れ可能な人数	1日あたり___人まで	受入れ可能な日数	1人あたり___日まで
受入れ可能な曜日 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他()		
交通手段 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 自動車(駐車場 有・無・応相談) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 公共交通機関(バス・電車) _____ 駅から徒歩 _____分		
体験中の食事 (該当する□にレ点)	<input type="checkbox"/> 各自で用意 <input type="checkbox"/> 施設で用意(受入負担金に含めお支払いしますので、500円程度の昼食を準備願います。)		
服装および 準備する物等			
体験プログラム	(簡単な記載で可。別紙の添付でも可。)		
備考	(体験者への事業所PRなど。リーフレット等があれば、別途、郵便で送付願います(FAX・メールは不可。)		

施設団体にて取りまとめ頂き、下記まで FAX 又は電子メールで送付願います。(送り状は不要です)

FAX: 022-399-6570**E-mail: jimukyoku01@m-kaishikai.or.jp**