

令和6年度「福祉の職場体験事業」体験希望者名簿

事業所名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 T E L \_\_\_\_\_  
 F A X \_\_\_\_\_  
 担当者氏名 \_\_\_\_\_

事前説明日時 月 日 ( ) :

	氏 名	年齢	体 験 期 間	日 数	可 否	終了欄
1			月 日 ~ 月 日	日	可 否	
2			月 日 ~ 月 日	日	可 否	
3			月 日 ~ 月 日	日	可 否	
4			月 日 ~ 月 日	日	可 否	
5			月 日 ~ 月 日	日	可 否	

<p><b>【体験者受入れ条件】</b></p> <p>・ あり ( ) ・ なし</p> <p>体験初日は _____ : _____ までに (担当) _____ をたずねること</p> <p>※その他の連絡事項</p>
--

※受入れの可否の欄のどちらかを○で囲み、体験期間・日数、受入れ条件の欄に御記入のうえ、回答  
 ください。( FAXにて回答・原本は保管のこと )

なお、条件欄が未記入の場合は「条件なし」として処理します。

※体験終了後は、終了欄に[終了]又は[済]等を記入のうえ、〔様式7-①〕に添付して、10日以内に、  
 報告ください。