

福祉業界 1 Day チャレンジ 【施設見学・就業体験】 事業計画書

平成 年 月 日

社会福祉法人京都府社会福祉協議会 会長 様

法人名 (会社名)	
代表者名	
法人 住所	〒

1 添付書類

- (1) 様式 1 登録届出書 (1 法人複数事業所がある場合は事業所ごとに提出して下さい)
- (2) 様式 2 事業計画書
- (3) 様式 3 見学体験プログラム (フクジョブの受入事業所一覧、プログラム内容にアップロードします)

2 実施計画について

- (1) 実施予定会場 (施設・事業所)

<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 地域密着型特養ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護(夜間対応型・定期巡回含む) <input type="checkbox"/> 障害者支援施設( ) <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 児童支援施設 <input type="checkbox"/> その他( )
--

3 健康診断について

必要な事業所名を記入してください

(1) 健康診断	( 要 ・ 不要 )	
(2) 細菌検査 (検便)	要の場合、実施日の _____ 日以内の結果	
・赤痢	( 要 ・ 不要 )	
・サルモネラ	( 要 ・ 不要 )	
・O - 1 5 7	( 要 ・ 不要 )	
(3) その他必要な検査		

申込窓口	担当者名		電話番号	
	所属・役職		F A X	
	メールアドレス			