

様式 1

平成29年度 福祉業界1Dayチャレンジ（職場体験事業）受入事業所
登録届出書

平成 年 月 日

社会福祉法人京都府社会福祉協議会会長 様

施設名 _____

代表者職氏名 _____

下記のとおり職場体験事業の事業所として登録を届出します。

記

受入可能なプログラム	見学・体験とも受入可	体験のみ受入可	見学のみ受入可
施設種別			
所在地	〒		
職名 担当者 氏名	職名	氏名	
連絡先	電話： ()	FAX： ()	
参加者が負担する経費	(1) 食事・弁当持参の可否 (可・否) ・施設の昼食を利用する場合 (円) (2) その他の経費 (円, 内容)		
受入可能な時間帯	: ~ :	一日の受入可能人数	人まで
確認及び注意事項	項目	一般の希望者	高校生の希望者
	(1) 持ち物, 服装 ()		
	(2) 健康診断	(要 ・ 不要)	(要 ・ 不要)
	(3) 細菌検査 (検便) (要の場合 : 体験開始の ___月以内の結果) 赤痢 サルモネラ O - 1 5 7	(要 ・ 不要) (要 ・ 不要) (要 ・ 不要)	(要 ・ 不要) (要 ・ 不要) (要 ・ 不要)
	(4) その他必要な検査	()	()
交通手段	電車： _____ 線 _____ 駅下車 徒歩 _____ 分 バス： _____ 行 _____ 停下車 徒歩 _____ 分 自家用車： 駐車場の利用 (可 ・ 否)		
体験希望者へのメッセージ・備考			

