

受入希望届（様式1）

提出日：令和 年 月 日

（宛先）豊田市訪問介護職場体験事業 事務局

豊田市訪問介護職場体験事業において、「豊田市訪問介護職場体験事業 実施要領」を確認し、その内容に基づいて職場体験の受入をすることに同意します。

同意チェック欄

ふりがな				ふりがな			
法人名				事業所名			
ふりがな				ふりがな			
責任者名				担当者名			
ふりがな							
事業所所在地							
連絡先	TEL				E-mail		
事業所のアクセス	最寄駅	<input type="checkbox"/> 名鉄 <input type="checkbox"/> 愛知環状鉄道（ ）線（ ）駅下車 徒歩（ ）分					
		バス 停留所名（ ）下車 徒歩（ ）分					
	自家用車	<input type="checkbox"/> 必須 <input type="checkbox"/> 不問	備考				
受入時期	<input type="checkbox"/> 通年受入可 【令和6年6月～令和7年1月】						
	※上記のうち受入不可の時期があれば記入（体験希望者からの申込を受けての日程調整時にも改めて確認します。）						
	（ ）						
受入型式	<input type="checkbox"/> 体験型 <input type="checkbox"/> 見学型 ※詳細は「豊田市訪問介護職場体験事業 実施要領 2（2）」を参照してください。						
	<input type="checkbox"/> 時期限定で受入可 ※受入可能時期を記入						
オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 事業所にて実施予定（体験又は見学の前に事業所によるオリエンテーションを実施）						
	<input type="checkbox"/> 実施しない（体験又は見学のみ）						
事前面談	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要						
健康診断等	健康診断	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※以下に要件を記入 （例：有効期間、検査項目等）	検便	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※以下に要件を記入 （例：有効期間、検査項目等）			
	その他						
その他特記事項							

提出方法	申込先
本書を次のいずれかの方法で提出してください。 <u>持参・郵送・FAX・Eメール（ファイル添付）</u>	事務局：社会福祉法人豊田市社会福祉協議会 総務課 住 所：豊田市錦町1-1-1 TEL：0565-34-1131 F A X：0565-32-6011 Eメール： soumu@toyota-shakyo.jp