

受入希望届（様式1）

提出日：令和 年 月 日

（宛先）豊田市介護の職場体験事業 事務局

豊田市介護の職場体験事業において、「豊田市介護の職場体験事業 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	①	
分野	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障がい		ふりがな		
サービス種別			担当者名	②	
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8年6月2日～令和9年2月27日】 <input type="checkbox"/> 受入不可時期あり ()				
	受入可能な曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 *該当曜日に☑				
	受入可能な時間帯				
受入コース	<input type="checkbox"/> 仕事体験コース <input type="checkbox"/> 仕事見学コース ※詳細は「豊田市介護の職場体験事業 実施要領 2(2)」を参照				
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				
事前面談	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
健康診断等	健康	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※以下に要件を記入		検便	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※以下に要件を記入
	診断	(例：有効期間、検査項目等)			(例：有効期間、検査項目等)
	その他				
受入人材	<input type="checkbox"/> 外国人受入可能 <input type="checkbox"/> 外国人受入不可 <input type="checkbox"/> 学生可能 <input type="checkbox"/> 学生不可				
その他特記事項	マッチングするうえで事務局に事前に伝えておきたいことなど				

提出方法	申込先
<p>本書を次のいずれかの方法で提出してください。 持参・郵送・FAX・Eメール（ファイル添付）</p>	<p>事務局：(福) 豊田市社会福祉協議会 つながり応援課 住 所：豊田市錦町 1-1-1 2F (日・月・祝休み) TEL：0565-31-1294 F A X：0565-33-2346 Eメール：vc@toyota-shakyo.jp</p>