

令和6年度福祉職場インターンシップ 受入施設申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会 会長 殿

施設名 _____

代表者名 _____

次のとおりインターンシップ受入れについて申込みいたします。

種 別	
所 在 地	〒 _____
連 絡 先	TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____
担当者氏名	
体験者が負担する経費	食 事 (弁当持参の可否 (可 ・ 否)) (施設の昼食を利用する場合 (1食 _____ 円)) その他の経費 (_____ 円)
体験受入れ日程	(・実施期間内いつでも可 _____ ・平 日 ・その他 (_____))
交通手段	最寄り駅からの交通手段 バス・JR (_____ 駅下車) 徒歩 (_____ 分) 自転車 (_____ 分)
備 考	※特に必要な事項等があればご記入ください。