

様式3 受入施設 → 県社協(Mail:kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp)

福祉のしごとインターンシップ 受入概要

法人名	社会福祉法人		
施設名	岩国市社会福祉協議会		
施設種別 (該当する番号に○をつけてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 2 障害者・障害児福祉施設 <input type="checkbox"/> 3 児童養護施設 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	従業員数	200 名
受入可能期間 ※期間は7月28日～9月27日までとする。	7 月 1 日 ~ 9 月 30 日		
受入可能人数	1~2 人 まで		
受入可能時間	8 時 30 分 ~ 17 時 15 分		
受入不可日	上記期間内で、受入不可能な期間があれば記入してください。		
	月	日	~ 月 日
	月	日	~ 月 日
受入可能日数	1 日 以上 5 日 以内		
体験内容	高齢者デイサービス、障害者デイサービスでの 随素の体験、		
施設のPRポイント			