（様式第5号）

**職場体験・インターンシップ受入報告書**

　年　　　月　　 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 会長様

　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者(法人)名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

職場体験・インターンシップ事業実施要領第９条の規定に基づき、職場体験・インターンシップレポートを添えて、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受入事業者番号 |  |  |  |  |
| 受入期間 | 　　　　年　　　　月　～　　　月 |
| 事業名 | 職場体験事業 | インターンシップ事業 |
| 受入人数 | 名　 | 名　　　　　　　　　　　　　 |
| 受入延べ日数 | 日間 | 日間 |
| 体験レポート添付枚数 | 枚 | 枚 |
| 連絡先 | 担当者名　（　　　　　　　　　　　　　　）連絡先電話番号　（　　　　）－（　　　　）－（）連絡先ＦＡＸ番号（　　）－（）－（　　　　） |