（様式第4号）

**職場体験・インターンシップ受入届出書**

　年　 　月　　日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 会長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受入事業者番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者(法人)名

　職場体験・インターンシップ事業実施要領第7条の2の規定に基づき、下記のとおり職場体験・インターンシップの受入れを届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  |
| 体験者番号・氏名・体験期間 | 体験者番号 | 　体験者氏名 |
| **職場体験** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **インターンシップ** | **S** |  |  |  |  |  |  |
| 　 　年　　 月 　 日 ～　 　月　 　日（　　 　日間） |
| 体 験 内 容体験時間がわかるよう、時系列に沿ってご記入ください。※4時間以上8時間以内（休憩含む）。開始・終了時間を記してください。 |  |
| 連絡先 | 担当者名　（　　　　　　　　　　　　　　　）連絡先電話番号　　（　）－（　　　　）－（）連絡先ＦＡＸ番号　（　　）－（）－（　　　　） |

※必ず、受入日の前日までにご提出ください。

------------------------------------------------------------------------------------

上記届出を受領いたしました。　　　　　　　　　　　社会福祉法人大阪府社会福祉協議会

　　FAX送付先：06-6761-5413　メール送信先：osk-jinzai@osakafusyakyo.or.jp