

平成 30 年 11 月 9 日

インターンシップ事業協力施設等
ご担当者 様

公益社団法人 福岡県介護福祉士会
会 長 因 利 恵
【 公 印 省 略 】

福岡県補助事業
インターンシップ（中学生・高校生等職場体験学習）事業受け入れ先
アンケートの記入のお願い

仲秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度は、福岡県補助で行う標記事業にご協力いただき誠にありがとうございます。7月末～8月にかけて標記事業の受け入れ先を募集（※別紙参考資料参照）したところ沢山の施設から応募がありました。ご協力ありがとうございます。

つきましては、本会ホームページ・各中学校・高校に情報提供する内容につきまして、別紙のとおりアンケートを実施いたします。

ご多忙とは存じますが、ご記入いただき、同封しております返信用封筒にて、平成30年12月7（金）までに本会へご郵送をお願いいたします。また、パソコン入力を希望する施設等におかれましては、CD-R（入力用）を同封しております。入力後は、返信用のCD-Rに書き込んだ上、アンケート用紙もプリントし、ご返信をお願いいたします。（手書きされる施設等におかれましては、同封している用紙をご利用いただき、アンケート用紙のみご返信ください。CD-Rの同封は不要です。）

提出期限後に届いたものにつきましては、今回は、掲載することが出来ません。予めご了承ください。尚、今回のアンケート内容は、平成31年1月～平成31年12月末までのアンケート（公表期間）となっております。

いただいたアンケート内容は、本事業の目的以外で使用することはありませんが、誤字脱字等につきましては、本会で修正させていただくことをご理解ください。

何かご不明な点等ございましたら遠慮なくご連絡ください。

【問い合わせ先】

公益社団法人 福岡県介護福祉士会
担 当：黒木・藤野
TEL 092-474-7015
FAX 092-436-5234

3. 受入可能時期（受入不可の時期）

（記入例：平成31年4月～8月の平日、毎週土日可、いつでも可、12月～2月末インフルエンザ対策により受入不可、等）

4. インターンシップ（体験）内容（生徒がイメージしやすいようにご記入ください）

（記入例：利用者とのコミュニケーション、入浴介助、レクリエーション体験等）

5. 受入日数（時間）

（記入例：連続5日迄。日数に制限はないが、1日8時間以内 等）

6. 1日の最大受入人数

7. 施設等の規模（利用者定員・職員数）

（記入例：定員100名・職員数50名等）

8. インターンシップ（体験）先までの交通手段

（記入例：JR〇〇駅から徒歩〇分、〇〇バス停より徒歩〇分 等）

1 4. 施設等のイメージ写真等

(掲載を希望する写真等を添付してください。但し、利用者等の個人情報等に触れるものについては、利用者等の了解の上、添付してください。)