令和５年　　　月　　　日

学 校 名

生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　（施設・事業所名）

**介護の職場（仕事）体験事業　参加決定通知書**

介護の職場（仕事）体験事業参加者の受け入れを承諾します。

なお、体験事業の留意事項については次のとおりです。

■体験実施予定及び留意事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受入日時 | 月　　　日（　　）　　　：　　　～　　： |
| 集合場所 |  |
| 体験内容 |  |
| 服　　装 |  |
| その他  連絡事項 | 例）携行品、昼食の有無、駐輪場の場所、感染対策等連絡事項を記載 |

※その他、不明点は、施設担当者までご連絡ください。

※感染症対策については施設の指示に従ってください。せき、鼻水、体のだるさ、のどの痛み等、

風邪症状のある場合は、参加を取りやめ施設担当者まで連絡してください。

≪施設・事業所連絡先≫

名　　称：

住　　所：

電　　話：

メ ー ル：

担当者名：