



【見学・体験実施時の確認事項①】

項 目	内 容
時 間	集合時間( : ) 開始時間( : ) ~ 終了時間( : )
持 ち 物	【見学コース】 _____
	【体験コース】 _____
服 装	【見学コース】 _____
	【体験コース】・施設到着後の着替え ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> どちらでも可 <input type="checkbox"/> ジャージ可 <input type="checkbox"/> ジャージ不可 <input type="checkbox"/> 服装について特にありません <input type="checkbox"/> その他( )
体験者の 昼食	食事・弁当持参の可否( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ) 施設の昼食を利用する( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 )( 円) _____ 日前までに申込要 その他の経費( 円, 内容 )
交通手段	電 車: 線 駅下車 徒歩 分 バ ス: 行 停下車 徒歩 分 自家用車: 駐車場の利用( 可 ・ 否 )
その他伝達 事項	

【見学・体験実施時の確認事項②】空欄の記入と該当するものに☑をお願いします。

項 目	見学コース	体験コース
健康診断 ( 月以内の結果)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
細菌検査 (検便) ( 月以内の結果) <input type="checkbox"/> 赤痢 <input type="checkbox"/> サルモネラ <input type="checkbox"/> O-157	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
PCR 検査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
抗原検査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
その他必要な検査があればご記入ください		

- 本受入内容確認書は、茨城県福祉人材センターより職場見学・体験申込者へお渡しいたします。御了承ください。
- 本受入内容確認書に記載された内容は福祉・介護の職場見学・体験事業に関してのみ利用します。