

令和 年 月 日

*職場実習等受入条件票を提出していただきますと実習対象リストに掲載し、愛知県下のハローワークにリストを提供させていただきます。
特に申し出が無い限り、令和6年3月31日までリストに掲載させていただきます。リスト掲載後でも事業所のその時の状況により実習を断ることも可能です。
例) 今は忙しいが1ヶ月後は可など

就職氷河期世代職場実習・体験 (インターンシップ) 受入条件票

事業所名称												
事業所所在地	〒											
事業所番号 (ない場合は記載不要)												
業種												
対象者に 従事させる業務												
必要な知識・技能・P Cスキル	1. 不問 2. あれば尚可 → ()											
受入可能日時	●期間 : 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () 上記期間のうち 日 ●休日 : 月 日、 月 日 ●時間 : <input type="checkbox"/> (AM・PM) : ~ (AM・PM) : (休憩 分) <input type="checkbox"/> 業務時間内であれば随時可能											
1度に受入可能な 人数	人	※1事業所で、複数施設での受入が可能な場合 ○事業所×○人										
インターン実施場所 (事業所所在地と同一の場合は 記載不要)	〒											
最寄り駅	() 駅 から [徒歩・車] で (分)											
マイカー通所	<input type="checkbox"/> マイカー通所可	<input type="checkbox"/> 駐車場あり※有料の場合の金額 (円 / 当たり)										
屋内の 受動喫煙対策	1. あり (屋内の受動喫煙対策: 禁煙・喫煙室あり) 2. なし (喫煙可)											
特記事項												
本票に記載の受入条件を、地域の他の就労支援機関(地域若者サポートステーション及びジョブカフェ)及びプラットフォーム構成員等に提供することを承諾しますか。 ※「1承諾する」を選択いただいた場合、地域若者サポートステーション及びジョブカフェの利用者にもインターンへの参加を希望させていただく可能性があります(プラットフォーム構成員からはハローワークを経由しますので、ハローワークから連絡いたします)。なお、これらの利用者についてもハローワークの利用者と同様に、労働局又はハローワークにおいてインターンを実施することが適当であると認められた者をインターンの対象者とします。											1. 承諾する 2. 承諾しない	
「就職氷河期世代職場実習・体験 (インターンシップ) の実施に関するご説明 (事業所向け)」の内容を確認しました。											※枠内に✓を入れてください。 → <input type="checkbox"/>	
受入事業所 連絡先	担当者氏名											
	所属又は役職											
	連絡先	(TEL)	(メール)									