



令和 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 1. 不問 <input type="checkbox"/> 2. あれば尚可 → ()	
受入可能日時	●期間： ~ 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・バス停から [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	<input type="checkbox"/> 1. あり (屋内の受動喫煙対策: <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙室あり) <input type="checkbox"/> 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。 <small>※「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。</small>		<input type="checkbox"/> 1. 承諾する <input type="checkbox"/> 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)

※ 記入欄が不足する場合には、適宜、別紙として添付してください。