

E-mail: 11-hyougaki@mhlw.go.jp

または

FAX: 048-600-6228

※送付状不要。
このままFAXしてください。

埼玉労働局職業安定課 就職氷河期世代支援担当 行き (様式第1号)

令和 ○年 ○月 ○日

【記載例】

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	〒000-0000 ○○県○○○○○○-○○-○	
事業所番号 (ない場合は記載不要)	○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ - ○	
業種	○○業	
対象者に 従事させる業務	(例) ・製品仕上げ・検査作業 ・介護補助業務(配膳・見守り等) ・データ入力	
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 () <input checked="" type="checkbox"/> 随時受入可 上記期間のうち 3 日間(目安で結構です。2~7日間をお願いします。) ●休日 : 月・火・水・木・金・土・日・祝日・その他 () ●時間 : □ (AM・PM) : ~ (AM・PM) : (休憩 60分) <input checked="" 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)	〒 同上	
最寄り駅	(○○) 駅 から [徒歩・車] で (10 分)	
マイカー通所	<input checked="" type="checkbox"/> マイカー通所可	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
受入事業所 連絡先	担当者氏名	○○ ○○
	所属又は役職	○○部 ○○課
	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。