



No.

インターンシップ受入れプログラム

| | | | |
|-----------|--|----|--|
| 企業・団体名 | 社会福祉法人 稗田福祉会 特別養護老人ホーム 慈公園 | 分類 | <input checked="" type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 公務 |
| 業種 | <input type="checkbox"/> 農・林・漁業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 不動産業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 工業 <input type="checkbox"/> 卸売・小売業 <input type="checkbox"/> 運輸・通信業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道業 <input checked="" type="checkbox"/> その他（医療・福祉） | | |
| 事業内容 | 老人ホーム・保育所 | | |
| 本社所在地（住所） | 〒751-0856 下関市稗田中町8番1号 | | |

| | | | |
|-----------|------------------------|------------|--------------------------------------|
| 受入事業所（住所） | 〒751-0856 下関市稗田中町8番38号 | | |
| 担当者 | 部署名 | 総務課 | |
| | （ふりがな） | （かつもと ようこ） | メールアドレス jikouen@hieda-fukushikai.com |
| | 氏名 | 勝本 洋子 | TEL 083-252-7500 |

| | | | | | |
|---------------------------|--|--|---|--|--|
| インターンシップ情報 | 対象者 | 受入れ人数 | 2 人 | | |
| | | 参加するにあたって必要な（求められる）能力 | <input type="checkbox"/> 事務処理能力 <input type="checkbox"/> PCスキル（Word・Excelなど） <input type="checkbox"/> 営業スキル <input type="checkbox"/> コミュニケーション能力 <input type="checkbox"/> 企画・提案力 <input type="checkbox"/> 語学力（ 語） <input type="checkbox"/> 簿記・会計 <input type="checkbox"/> 映像編集 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 期間 | 実施期間 | <input type="checkbox"/> 決定している → ○月○日（○）～○月○日（○） <input checked="" type="checkbox"/> 未決定 →（相談による） | | |
| | | 期間調整 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | 時間 | 実施時間 | 9時 00分 ～ 17時 00分（休憩 60分） | | |
| | | 時間調整 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| | プログラムの内容 | テーマ | 介護体験 | | |
| | | 受入れ方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 対面方式 <input type="checkbox"/> リモート方式（リモート勤務が常態である場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | | 日程 | 具体的な内容 | | |
| | | ○月○日（○） | A M | 職場見学・オリエンテーション | |
| | | | P M | 介護体験（福祉職場の職員としての心構え、入居者とのコミュニケーション 等） | |
| | | ○月○日（○） | A M | 介護体験（食事介助・入浴介助・車椅子介助、入居者とのコミュニケーション 等） | |
| | | | P M | 介護体験（介護ICTについて、入居者とのコミュニケーション 等） | |
| | | ○月○日（○） | A M | 介護体験（食事介助・車椅子介助、入居者とのコミュニケーション 等） | |
| | P M | | 介護体験（腰痛予防・ノーリフティングケアについて、入居者とのコミュニケーション 等） | | |
| ○月○日（○） | A M | 介護体験（食事介助・車椅子介助、レクリエーション、入居者とのコミュニケーション 等） | | | |
| | P M | 介護体験（介護現場の感染症対策について、入居者とのコミュニケーション 等） | | | |
| ○月○日（○） | A M | 介護体験（食事介助・入浴介助・車椅子介助、入居者とのコミュニケーション 等） | | | |
| | P M | 介護体験（食事介助、レクリエーション） ・学生へのフィードバック | | | |
| 本プログラムを除く今年度のインターンシップ実施計画 | なし | インターンシップ実績（過去2～3年程度） | あり | | |
| 本プログラムを通じて得た学生情報の活用方法 | 採用活動に使用する可能性あり （本プログラムを通じて得た学生情報は、3年次3月以降は広報活動に、4年次6月以降は採用選考活動に使用できます。） | | | | |
| 連絡事項 | | | | | |