]

インターンシップ 諸 条 件 等

選択項目は、○をつけたうえで補足をご記入ください。

貴社情報	事業所名	合同会社スプリングブリーズ	
	ご担当部署 ご担当者様氏名	人事労務	
	ご連絡先	電 話 : 019-681-4746 メールアドレス : hr.info@springbreeze-llc.com	
実施時間	インターンシップ 時間(定時)	10:00 ~ 17:00	
	定時外の実習	有	無 ☐
	休日の実習	有	無 ☐
インターンシップ諸条件	就業場所	〒020-0834 岩手県盛岡市永井19-197-6 セカンドライフはるかぜ	
	初日の集合時間 集合場所	10:00に就業場所に集合してください	
	初日の服装	指定なし	
	初日の持ち物	筆記用具など	
	食 事 提 供	有 (自己負担額 円/日)	無 ☐
	交 通 費 補 助	☐ 有 (補助額 円)	無 ☐
	会社バスの利用	認める	認めない ☐ 会社バスなし ☐
	最寄駅・ バス停等からの送迎	有 (☐ 最寄駅・バス停名: JR東北本線岩手飯岡駅)	無 ☐
	制服・作業服	有償貸与 (円/日)	無償貸与 ☐ 貸与しない ☐
	その他貸与物 ()	有償貸与 (円/日)	無償貸与 ☐ 貸与しない ☐
	備考		

インターンシップ カリキュラム

事業所名	合同会社スプリングブリーズ
プログラムタイトル	相談員×医療機関情報連携インターンシップ
学生に常に念頭においてほしいこと	目標意識をもって、実際の仕事に対する理解を深めていきましょう。
目指すゴール	インターンシップでの経験を、ご自身のキャリアに活用していきましょう。

日 程	実 務 体 験 内 容	
	午 前	午 後
第1日 月 日() 始業 10 : 00 終業 17 : 00	オリエンテーション 企業概要・社内見学など	目標設定・事業構造について
第2日 月 日() 始業 10 : 00 終業 17 : 00	ワークショップ (介護が必要になってから→サービス利用まで)	事前研修・医療機関との情報連携同行
第3日 月 日() 始業 10 : 00 終業 17 : 00	医療機関との情報連携同行	インターンシップ全体のまとめ
第4日 月 日() 始業 : 終業 :		

第5日 月 日() 始業 : 終業 :		
-------------------------------	--	--

* 体験内容、時間は業務の都合により一部変更されることがあります。