

# 介護のお仕事体験

# 介護職 インターンシップ



実施期間

令和8年7月～令和9年2月まで

## 対象者

県内の高校生  
を主な対象としま  
すが、大学生・専  
門学校生・一般  
求職者も応募可  
能です

## 実施場所

長崎県内の  
体験受入事業所  
※「長崎うれしかハート事業所」  
や「長崎うれしかハート宣言  
事業所」など働きやすい職場  
づくりや、テク/ロジーの導入  
など先進的な取り組みを  
行っている事業所が対象です

## 実施内容

介護の仕事  
についての基  
礎的な講話  
事業所の職員と  
一緒に各サービ  
スの手伝い  
利用者とのコミュ  
ニケーション等  
※利用者の直接介助は  
ありません

プレゼント  
図書カード\*1  
2000円分  
テキスト\*2

- ① 介護の現場がわかる! *Point!*
- ② 介護職員さんと話せる!
- ③ 利用者さんとふれあえる!

参加費無料



※1 終了後のアンケートにご協力  
いただいた方に進呈  
※2 『介護の基本』『介護の基本技術』

【お申込み・お問い合わせ先】 (公財)介護労働安定センター 長崎支部  
〒850-0057 長崎市大黒町9-22 大久保大黒町ビル6F  
TEL:095-828-6549 / FAX:095-828-6589

公式SNS  
始めました!



LINE



Insta  
gram



HP

FAX:095-828-6589

令和8年度 介護職インターンシップ(就労体験)

参加申込書(個人用)

◆ お申し込み方法 ◆

FAXか郵送でお申し込みください。

体験先は、参加申込者の希望(日程、立地、施設種別、その他の要望)や適性等(福祉・介護に関する学習進捗等)をもとに、実施候補事業所と調整して決定します。その際、時期、場所等でご希望に添えないなど電話、メール等で確認をさせていただく場合があります。

◆確認の連絡をいたしますので、正確にご記入ください。				
ふりがな		学生	学校名	
氏名	(男・女)		学部 (学科)	
			学年/年齢	年 / 才
			(勤務先)	
住所 (ご自宅)	(ふりがな) 〒 -			
TEL				
E-mail			@	
希望時期	第1希望 月 日頃		第2希望 月 日頃	
希望事業所があれば記入してください	事業所		理由	
	事業所		理由	
体験先を希望するにあたり重視したい項目	<input type="checkbox"/> 施設種別(特養・老健・グループホーム・デイサービス・その他) <input type="checkbox"/> 施設が新しい <input type="checkbox"/> 自宅・学校から近い <input type="checkbox"/> 交通の便が良い <input type="checkbox"/> ICTや介護ロボットの導入に積極的 <input type="checkbox"/> 若い職員が多い <input type="checkbox"/> 休暇制度など福利厚生が充実している <input type="checkbox"/> その他( )			
連絡事項等 (自由記載)				

○参加希望者の個人情報(氏名/住所/電話番号など)は、この事業に関する通知の送付及び長崎県、実施事業所、介護労働安定センター間の事業実施に関する連絡、本人確認の範囲で利用いたします。

○ご提供いただいた個人情報はプライバシーポリシーに基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

○ご不明な点などのお問い合わせ先 (公財)介護労働安定センター長崎支部 TEL:095-828-6549