

令和6年度 生衛業にかかるインターンシップのお知らせ

各学校長、進路指導、就業体験担当者の皆様へ

公益財団法人 石川県生活衛生営業指導センター

石川県生活衛生営業指導センターでは、生衛業界の発展、次世代の人材育成と職業観の向上を図ることを目的として、学校と協力連携し、インターンシップ事業を実施しています。

当センターのインターンシップ事業は、実技や基本的な仕組み等を専門学校で学ぶとともに、営業店で実務を体験していただきます。

本年度のインターンシップ事業については、以下のとおり実施します。

1 対象者は次のとおりとします。

- ① 高校生 ② 大学生

2 実施時期及び参加期間

- 実施時期 ・ 飲食関係部門：7月24日(水)～7月26日(金) 3日間
 ・ 理容美容部門：7月29日(月)～7月31日(水) 3日間

ただし、期間の延長を希望する場合は、2日間を限度として調整いたします。

3 受入店舗等

(1) 受入店舗等

石川県生活衛生同業組合連合会に加入している生活衛生同業組合の組合員店舗（企業）及び専修学校（調理師専門学校、理容美容専門学校）

(2) 定員

- ア 調理師専門学校 + 飲食業等 10名
イ 理容美容専門学校 + 理容・美容業 10名

（参加希望者が10名をこえる場合は別途相談して下さい。）

4 実習費用

無料（交通費、災害保険等は実習生の個人負担となります。）

5 申込方法

(1) 申込は、学校からの申込とします。（別添申込書の提出）

(2) 参加申込期限は6月20日（木）とします。

（先着順で受付しますので、希望どおり受入れが出来ない場合がありますのでご了承下さい。）

(3) 参加申込後、実習内容等について打ち合わせを行います。

6 遵守事項

実習に係る遵守事項については、インターンシップ参加内定後、改めてご連絡します。

（お申込み・問合せ先）

公益財団法人石川県生活衛生営業指導センター 担当：吉田

〒921-8105

金沢市平和町1丁目3番1号 石川県平和町庁舎B館3階

TEL 076-259-6510 FAX 076-259-6516

生衛業インターンシップ事業実習カリキュラム

1 飲食業等部門（レストラン、食堂、割烹、料亭、旅館ホテル等）

（１）概 要

企業（団体）名	石川県調理師専門学校、飲食業等営業店
実習テーマ	飲食店営業と経営について 1 生衛業経営の社会的ニーズや法的基盤 （飲食店とは、お店を始めるには・・・） 2 技能等の模擬体験 （調理師について等） 3 営業体験

（２）スケジュール

日 程	実 習 内 容
第１日	食と調理師についての学習、食材・調理器具等についての学習、 （於：調理師専門学校）、市場見学など
第２日	実習の具体的説明、調理実習（調理師専門学校において実習）
第３日	営業店での実習（接客・調理補助業務等） ※ 期間の延長を希望する場合は、２日間を限度として調整する

2 理容及び美容業部門

（１）概 要

企業（団体）名	石川県理容美容専門学校、理容・美容営業店
実習テーマ	理容業、美容業と経営について 1 生衛業経営の社会的ニーズや法的基盤 （理容業、美容業を営業するためには・・・） 2 技能等の模擬体験 （理容師、美容師について等） 3 営業体験

（２）スケジュール

日 程	実 習 内 容
第１日	理容師、美容師についての概要や歴史、使用器具や技術等の説明、 技術体験（於：理容美容専門学校）
第２日	実習の具体的説明、模擬実習（理容美容専門学校において実習）
第３日	営業店での実習（接客・補助業務等） ※ 期間の延長を希望する場合は、２日間を限度として調整する

生衛業にかかるインターンシップ参加申込書(2024)

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名	(男 . 女)		生年月日	平成 年 月 日生 (歳)
学 校 名	高等学校 科 学年 大学			
現 住 所	〒			
	TEL () —		携帯 () —	
緊急連絡先	住所：〒			
	氏名： (本人との間柄：)			
	TEL () —		携帯 () —	
学校担当者	担当者氏名			
	連絡先 電話 () — FAX () —			
学校承認欄	上記の学生・生徒がインターンシップ事業に参加することを承認する。 令和 年 月 日 学校名 学校長 印			

希望内容等

体験したい内容 希望する時期等	1 飲食関係部門 (7月24日(水)～26日(金)) 2 理容・美容部門 (7月29日(月)～31日(水)) ・ 1. 2 について期間の延長希望 あり (日間) なし
--------------------	---