

平成30年度福祉体験学習事業 実施要項

1 事業目的

高校生・大学生や一般求職者等を対象に、福祉の職場を実際に体験する機会を提供することにより、職場の雰囲気やサービス内容などを直接知ってもらい、就労意欲の喚起と福祉の職場への円滑な就労を支援していく。

2 受入施設・事業所

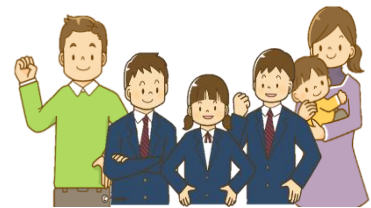
平成31年4月1日までに求人の予定があり、かつ福祉人材センターにあらかじめ届け出た県内の社会福祉施設・介護サービス事業所・障害福祉サービス事業所・保育所等

3 参加できる者

- (1) 高校生以上で、福祉・介護の仕事に就こうと考えている者（資格・経験の有無は問わない。）
- (2) あらかじめ福祉人材センターで登録をした者

※ なお、次に掲げる者は本事業の対象外とする。

- ア 中学生以下の者
- イ 学校の教育課程における実習や課外活動など学校教育の一環として参加される者
- ウ 福祉体験学習を行う事業者において採用が内定した者
- エ 他の事業や制度により参加される者



4 事業内容等

- (1) 次に掲げる事例等につき、福祉体験学習を行う事業者が作成した体験プログラムによる。
 - ア 介護、介助、自立支援、療育、養護、養育、保育などの対人援助体験
 - イ 散歩の付き添い、行事の参加などの交流体験
 - ウ 掃除、洗濯などの職員の補助業務体験
- (2) 体験日数は、1つの受入施設・事業所につき5日以内とする。
- (3) 1日の体験時間は、4時間以上8時間以下とする。
- (4) 施設までの交通費、食費及び被服費は、体験希望者が負担するものとする。
- (5) 平成30年度については、22～29年度の当該事業で受け入れた体験者を22～29年度と同じ受入施設・事業所において受け入れる場合は、本事業の対象としない。

5. 事業実施期間

受入施設・事業所の募集期に応じた事業開始日から平成31年1月31日まで

6. 報償

福祉体験学習者の受け入れ1人1日当たり5,150円以内の謝礼金を受入施設に支払う
なお、体験希望者に対しては、無給とする

7. 事業スケジュール



| | |
|--------|-----------------------|
| H30年3月 | 受入施設・事業所の第1期募集（～3/15） |
| H30年4月 | 第1期募集分の事業開始 |
| H30年6月 | 受入施設・事業所の第2期募集（～6/15） |
| H30年7月 | 第2期募集分の事業開始 |
| H31年2月 | 実績報告 |
| H31年3月 | 謝礼金支払 |



8. 事業の届出について

体験学習の受入を希望する事業者は、福祉人材センターのホームページより福祉体験学習受入施設・事業所届出書（様式第1号）をダウンロードし、人材センターへEメールでご提出下さい。様式の電子ファイルは、兵庫県福祉人材センターのホームページに掲載しています。

【 アドレス： <http://www.hyogo-wel.or.jp/work/> 】

| 募集 | 福祉体験学習受入可能時期 | 届出期日 |
|----|----------------|---------------|
| 1期 | 平成30年4月2日(月)以降 | 平成30年3月15日(木) |
| 2期 | 平成30年7月2日(月)以降 | 平成30年6月15日(金) |

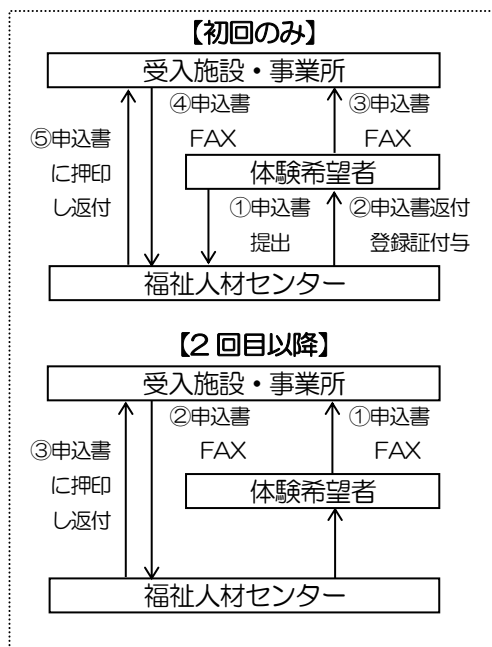
提出先：jinzai@hyogo-wel.or.jp

件名：平成30年度福祉体験学習受入申し込み ファイル名：法人名 ex) (福)●●福祉会

留意点

- 事前に届出のない施設・事業所で福祉体験学習を行っても謝礼金の対象になりません。
- 平成29年度までに受入施設・事業所の届出をさせていただいている場合も、改めて届け出て下さい。
- 同一法人が運営する複数の施設・事業所で福祉体験学習の受入を予定される場合は、法人単位で届け出て下さい。

9. 参加者受入のながれ



①体験希望者は、福祉人材センターに登録申込(初回のみ)

→提出書類：様式第3号

②福祉人材センターは、体験希望者に福祉体験学習登録証を付与

③体験希望者は、希望する施設・事業所を選び、直接申込

→提出書類：様式第3号

受入施設・事業所から体験希望者に受入日時や注意事項等を連絡

④受入施設・事業所は受入前日までに福祉人材センターに申込書をFAX

→提出書類：体験希望者が提出した様式第3号

⑤福祉人材センターは申込書に受付印を押し、受入施設・事業所に返付

事業所より受入日時の報告後、福祉人材センターは、体験希望者を被保険者として保険に加入します。

※ 事業者は、受入施設・事業所ごとに様式第6号を作成して下さい。

体験プログラムの作成に際しての注意点

- (1) 福祉体験学習は、福祉の仕事に就こうと考えておられる方に実際の職場の雰囲気やサービス内容など直接知ってもらうためのものであり、技術を習得することが目的の実習ではありません。
- (2) 福祉の現場において、職員や利用者と時間を共有することにより、福祉の仕事に対する理解を深め、就業の促進を図ることが目的です。可能な限り、職員や利用者との交流ができるようご配慮ください。
- (3) 体験希望者には、福祉の現場に初めて触れる方もおられることにご配慮下さい。
- (4) 1日の体験時間が4時間以上8時間以下となるようプログラムを組み立てて下さい。

<体験内容の一例>

- ①利用者の介護、介助、自立支援、療育、養護、養育、保育などの補助
※食事介助、入浴介助、排せつ介助、車いす移乗の介助など、リスクが高い対人援助を体験希望者が行う際は、必ず施設職員の指導下におき、利用者の安全を確保したうえで行うようにして下さい。
- ②施設行事、バザー、サークル、クラブ活動、レクリエーションなどへの参加・手伝い
- ③掃除、洗濯、おむつたたみ等の作業の手伝い
※利用者や施設職員との交流をもちながらの作業であることが望ましい。1日中、体験希望者が1人で作業をすることがないようにして下さい。

体験希望者からの申込等

- (1) 福祉体験学習の対象者は、あらかじめ兵庫県福祉人材センターに登録された方です。事前登録のない方が福祉体験学習を行っても謝礼金の対象になりません。
- (2) 平成29年度までに登録された体験者も平成30年度には改めて登録が必要となります。
- (3) 体験希望者には、初回登録が済んだ後、直接事業所へ電話をいれるよう案内していますので、申込者と福祉体験学習の日時、交通手段、服装、食事のことなどを直接やりとりしてください。日時が決まりましたら、体験者より福祉体験学習申込書（様式第3号）を受け取るようにして下さい。
- (4) 体験者の福祉体験学習中の負傷等に備えるため、兵庫県社会福祉協議会が体験希望者を被保険者として保険に加入します。必ず受入日の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前の平日）までに（3）で受け取った福祉体験学習申込書の「受入施設・事業所記入欄」に必要事項を記入し、兵庫県福祉人材センターへFAXで提出して下さい。折り返し、兵庫県福祉人材センターが受付印を押印し返送します。

必要書類の作成・保存

- (1) 受入施設・事業所ごとに福祉体験学習者名簿（様式第6号、記載例参照。様式は、兵庫県福祉人材センターのホームページからダウンロードできます。）を作成し、体験プログラム、福祉体験学習申込書とともに、事業年度終了後5年間保存して下さい。
- (2) 福祉体験学習者名簿は、実績報告の際にご提出いただきます。

実績報告、謝礼金の支払等

受入施設・事業所の届出をしていただいた事業者に対し、別途ご案内します。

【問い合わせ・届出書等提出先】

兵庫県社会福祉協議会 兵庫県福祉人材センター

〒651-0062

兵庫県神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター1F

TEL：078-271-3881 FAX：078-271-3882

E-mail：jinzai@hyogo-wel.or.jp

| 届出事業者 | | | | 福祉人材センターとの連絡調整・助成金事務を担当される方 | | | | | | |
|-----------|----------|-------------|--------|-----------------------------|--------|------------------|----------|-------------|----------|----------|
| 法人名称 | 郵便番号 | 住所 | 代表者の職名 | 代表者の氏名 | 担当者の氏名 | 所属施設・事業所名 | 所属先の郵便番号 | 所属先の所在地 | 連絡先TEL | 連絡先FAX |
| 社会福祉法人●●会 | 651-0000 | 〇〇市〇〇町1-1-1 | 理事長 | 〇〇 〇〇 | △△ △△△ | 特別養護老人ホーム 〇〇苑 | 661-0000 | 〇〇市〇〇町2-3-5 | XXX-XXXX | XXX-XXXX |

※以下の情報は、ホームページ等で公表します。

●高齢分野の受入施設・事業所

| 施設・事業所名 | 地区 | 所在地 | | 開設団体名 | ナビス(施設)種別 | 受入先の担当者名 | 連絡先TEL | 連絡先FAX | 受入可能時期 | H31.4.1までの 求入予定数 | アクセス |
|--|-----|----------|--------------|---------------|------------------------------|----------|--------------|--------------|------------------|---------------------|---------------------|
| | | 郵便番号 | 住所 | | | | | | | | |
| 特別養護老人ホーム 〇〇苑 | 神戸 | 651-0000 | 〇〇市〇〇町2-3-5 | 社会福祉法人 ●●会 | 介護老人福祉施設 短期入所生活介護 通所介護 | △△ △△△ | XXX-XXX-XXXX | XXX-XXX-XXXX | H29.4.1~H30.1.31 | 3人 | 地下鉄●●駅より 徒歩3分 |
| グループホーム ▲▲▲ | 阪神南 | 663-0000 | 〇〇市〇〇区T8-2-1 | 社会福祉法人 ●●会 | 認知症対応型共同 生活介護 | ▲▲ ▲▲▲ | XXX-XXX-XXXX | XXX-XXX-XXXX | H29.4.1~H30.1.31 | 1人 | 阪急〇〇駅より 〇〇バスで10分 |
| <p>※数字は半角で入力して下さい。</p> <p>※セルの分割・統合、列の挿入はしないで下さい。</p> <p>※セル内で改行をする場合は、Alt + Enterキーで行って下さい。</p> <p>※ワークシートは1枚にして下さい。(シートを増やさないで下さい)</p> | | | | | | | | | | | |

●障害分野の受入施設・事業所

| 施設・事業所名 | 地区 | 所在地 | | 開設団体名 | ナビス(施設)種別 | 受入先の担当者名 | 連絡先TEL | 連絡先FAX | 受入可能時期 | H31.4.1までの 求入予定数 | アクセス |
|-----------------|----|----------|--------------|---------------|-----------|----------|--------------|--------------|------------------|---------------------|-----------------|
| | | 郵便番号 | 住所 | | | | | | | | |
| 障害者支援施設 □□の家 | 神戸 | 651-0000 | 〇〇市〇〇区T2-3-1 | 社会福祉法人 ●●会 | 障害者支援施設 | □□ □ | XXX-XXX-XXXX | XXX-XXX-XXXX | H29.4.1~H30.1.31 | 1人 | JR〇〇駅より 徒歩5分 |

●児童分野の受入施設・事業所

| 施設・事業所名 | 地区 | 所在地 | | 開設団体名 | ナビス(施設)種別 | 受入先の担当者名 | 連絡先TEL | 連絡先FAX | 受入可能時期 | H31.4.1までの 求入予定数 | アクセス |
|---------------------|----|----------|--------------|---------------|-----------|----------|--------------|--------------|------------------|---------------------|-----------------|
| | | 郵便番号 | 住所 | | | | | | | | |
| 幼保連携型認定 こども園 〇〇〇 | 神戸 | 651-0000 | 〇〇市〇〇区T3-3-1 | 社会福祉法人 ●●会 | 保育所 | ■ ■ ■ ■ | XXX-XXX-XXXX | XXX-XXX-XXXX | H29.4.1~H30.1.31 | 3人 | JR〇〇駅より 徒歩5分 |

法人名称を記

担当者の所属事業所名・住所・電話番号等を記入して下さい。

所在地を▼プルダウンリストより選択

施設・事業所が複数になる場合は、
行を挿入して入力下さい。

福祉体験学習者名簿
 受入施設・事業所名

| No. | 登録番号 | 氏名 | ふりがな | 福祉体験学習日 | 日数 | 採用(内定)の有無 |
|-----|------|----|------|---------|----|-----------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 計 | | | | | | |

注 受入施設・事業所ごとに名簿を作成すること。

受入施設・事業所ごとに別の用紙で名簿を作成

記載例

福祉体験学習者名簿
 受入施設・事業所名 特別養護老人ホーム〇〇荘

| No. | 登録番号 | 氏名 | ふりがな | 福祉体験学習日 | 日数 | 採用(内定)の有無 |
|-----|---------|-------|----------|-----------------|----|-----------|
| 1 | 18-0023 | ◎◎ ◎◎ | ◎◎◎ ◎◎◎◎ | 7/14~7/16 | 3 | なし |
| 2 | 18-0046 | ×× × | ××× ××× | 8/17, 8/20~8/23 | 5 | あり |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 計 | | | | | 8 | |

福祉体験学習申込書に記載されている登録番号を転記

貴団体(法人)における実績報告時の採用(内定)有無を記載

合計日数を記載

注 受入施設・事業所ごとに名簿を作成すること。

社会福祉法人兵庫県社会福祉協議会
会 長 様

住 所
団 体 名
代表者職・氏名

印

福祉体験学習の受入実績を下記のとおり報告します。

記

【受入実績】

| 事業所No. | 受入施設・事業所名 | 受 入 人 数 | 受入延日数 |
|--------|-----------|-------------------|-------|
| | | 人 | 日 |
| | | 人 | 日 |
| | | 人 | 日 |
| | | 人 | 日 |
| | | 人 | 日 |
| 計 | | 人 | 日 |
| | | うち採用(内定)した人数 人 | |

※受入延日数の欄には、様式6の「日数」の計をご記入ください。

【請求金額】

| |
|-----------------------------|
| 円 (1人1日あたり@5,150円×受入延日数の合計) |
|-----------------------------|

【謝礼金振込先】

| | | | |
|---------|-----------|---------|--|
| 金融機関名 | | 支 店 名 | |
| 預 金 種 別 | 普 通 ・ 当 座 | 口 座 番 号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

【担当者・連絡先】

| | |
|-----------|---|
| 担 当 者 氏 名 | |
| 所属施設・事業所 | |
| 所属先の住所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | |
| ファックス番号 | |
| メールアドレス | |

様式第 3 号

| | |
|-----------------------|--|
| 登録番号 (はじめての方は記載不要) | |
|-----------------------|--|

| | | |
|-----|-------|--|
| 提出先 | 初回のみ | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉人材センター TEL：078-271-3881 FAX：078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| | 2回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ 直接ご提出ください。 |

福祉体験学習申込書

| | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------|--|--------|--------------------|
| ※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。 | ふりがな | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | 生年月日 | S・H 年 月 日 () 歳 |
| | 連絡先 | TEL | | | 携帯 | |
| | | FAX | | | E-MAIL | |
| | 対象者区分 (いずれかに○をつける) | 求職者 (児童・生徒・学生を除く) | | | | |
| | 高等学校 | 学校名・学年 | | | 年生 | |
| | 専門学校 の生徒・学生 | 学部・学科 (大学の場合) | | | | |
| | 大学 | | | | | |
| | 福祉・介護関係の資格 | | | | | |
| | 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | 「有」の場合 はその内容 | | | |
| ※事業所と相談の上、ご記入下さい。 | 体験希望日時 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分 | | | | |
| | 体験施設・事業所名 希望サービス・職種 | | | | | |
| | その他通信欄 | | | | | |

【受入施設・事業所記入欄】 ※受入の前日 (土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日) までに福祉人材センターにFAXしてください。

| | | | | |
|-----------|-----|--|--------|-------------|
| 受入施設・事業所名 | | | 事業所No. | 福祉人材センター確認印 |
| | | | | |
| 上記の者の体験日 | | | | |
| 連絡先 | 担当者 | | | |
| | TEL | | FAX | |

初回の方は、福祉人材センターで登録後記入します。
登録証がある方は、ご自身でご記入ください。

| | |
|-----------------------|--|
| 登録番号 (はじめての方は記載不要) | |
|-----------------------|--|

| | | |
|-----|-------|--|
| 提出先 | 初回のみ | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉人材センター TEL：078-271-3881 FAX：078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| | 2回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

福祉体験学習申込書

| | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|---|-----------------|-------------|-------------------|-----------------------|
| ※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。 | ふりがな | ひょうご たろう | | | 性別 | 男・女 |
| | 氏名 | 兵庫太郎 | | | | |
| | 住所 | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター1F | | | 生年月日 | S・H 10年4月1日 (20) 歳 |
| | 連絡先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX | |
| | | FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp | |
| | 対象者区分 (いずれかに○をつける) | 求職者(児童・生徒・学生を除く) | | | | |
| | | 高等学校 専門学校 大学 | の生徒・学生 | 学校名・学年 | 〇〇〇大学 | 2年生 |
| | | | 学部・学科(大学の場合) | 人間科学部社会福祉学科 | | |
| | 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 | | | | |
| | 福祉・介護の仕事の経験 | 有・無 | 「有」の場合 はその内容 | | | |
| ※事業所と相談の上、ご記入下さい。 | 体験希望日時 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分 | | | | |
| | 体験施設・事業所名 希望サービス・職種 | | | | | |
| | その他通信欄 | | | | | |

【受入施設・事業所記入欄】 ※受入の前日(土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日)までに福祉人材センターにFAXしてください。

| | | | | | |
|-----------|-----|--|-----|--------|-------------|
| 受入施設・事業所名 | | | | 事業所No. | 福祉人材センター確認印 |
| | | | | | |
| 上記の者の体験日 | | | | | |
| 連絡先 | 担当者 | | | | |
| | TEL | | FAX | | |

初回の方は、福祉人材センターで登録後記入します。
登録証がある方は、
ご自身でご記入ください。

| | |
|-----------------------|--|
| 登録番号 (はじめての方は記載不要) | |
|-----------------------|--|

| | | |
|-----|-------|--|
| 提出先 | 初回のみ | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉人材センター TEL：078-271-3881 FAX：078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| | 2回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ 直接ご提出ください。 |

福祉体験学習申込書

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--------------|-------------------|---------------|--|
| ※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。 | ふりがな | ひょうご たろう | | | 性別 | 男 <input checked="" type="radio"/> ・ 女 <input type="radio"/> |
| | 氏名 | 兵庫 太郎 | | | | |
| | 住所 | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター 1F | | | 生年月日 | S.H 10年4月1日 (20) 歳 |
| | 連絡先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX | |
| FAX | | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp | | |
| 対象者区分 (いずれかに○をつける) | 求職者 (児童・生徒・学生を除く) | | | | | |
| | 高等学校 専門学校 の生徒・学生 大学 | 学校名・学年 | 〇〇〇大学 | 2年生 | | |
| 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 | | | | | |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 <input type="radio"/> ・ 無 <input checked="" type="radio"/> | 「有」の場合はその内容 | | | | |
| ※事業所と相談の上、ご記入下さい。 | 体験希望日時 | 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 時 ○ 分 ~ ○ 時 ○ 分 | | | | |
| | 体験施設・事業所名 サービス・職種 | 特養養護老人ホーム〇〇荘 介護職員 | | | | |
| | その他通信欄 | | | | | |

体験希望日時は、申込後、
事業所と相談の上、申込
本人が記入しましょう。

【受入施設・事業所記入欄】 ※受入の前日 (土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日) までに福祉人材センターにFAXしてください。

| | | | | | |
|-----------|-----|--|-----|--------|-------------|
| 受入施設・事業所名 | | | | 事業所No. | 福祉人材センター確認印 |
| | | | | | |
| 上記の者の体験日 | | | | | |
| 連絡先 | 担当者 | | | | |
| | TEL | | FAX | | |

| | |
|-----------------------|--|
| 登録番号 (はじめての方は記載不要) | |
|-----------------------|--|

| | | |
|-----|-------|--|
| 提出先 | 初回のみ | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉人材センター TEL : 078-271-3881 FAX : 078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| | 2回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ <u>直接ご提出ください。</u> |

福祉体験学習申込書

| | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--|--------------|--------|-------------------|--|
| ※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。 | ふりがな | ひょうご たろう | | | 性別 | 男 <input checked="" type="radio"/> ・ 女 <input type="radio"/> |
| | 氏名 | 兵庫太郎 | | | | |
| | 住所 | 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター 1F | | | 生年月日 | S・H 10年4月1日 (20) 歳 |
| | 連絡先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX | |
| | | FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp | |
| | 対象者区分 (いずれかに○をつける) | 求職者 (児童・生徒・学生を除く) | | | | |
| | | 高等学校 専門学校 の生徒・学生 大学 | 学校名・学年 | 〇〇〇大学 | 2年生 | |
| | 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 | | | | |
| | 福祉・介護の仕事の経験 | 有 <input type="radio"/> ・ 無 <input checked="" type="radio"/> | 「有」の場合はその内容 | | | |
| | 体験希望日時 | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 〇 年 〇 月 〇 日 〇 時 〇 分 ~ 〇 時 〇 分 | | | | |
| 体験施設・事業所名 希望サービス・職種 | 特別養護老人ホーム〇〇荘 介護職員 | | | | | |
| その他通信欄 | | | | | | |

体験希望者から、申込書を受け取り、「受入施設・事業所記入欄」に漏れないように記入の上、**体験受入日の前日までに人材センターまで FAX をして下さい。**

【受入施設・事業所記入欄】 ※受入の前日(土日)

| | | | |
|-----------|----------------------|--------------|------------------|
| 受入施設・事業所名 | 特別養護老人ホーム〇〇荘 | 事業所No. | 福祉人材センター確認印 |
| | | 高 38 | |
| 上記の者の体験日 | 4/2 4/3 4/5 4/15 5/1 | | |
| 連絡先 | 担当者 | 〇〇 〇〇〇 | |
| | TEL | XXX-XXX-XXXX | FAX XXX-XXX-XXXX |

確認後、受付印を押して返信します

平成 30 年度福祉体験学習登録証

| | | |
|------|--|----|
| ふりがな | | 性別 |
| 氏 名 | | |
| 生年月日 | | |
| 登録番号 | | |

上記のとおり登録しました。

平成 年 月 日

兵庫県福祉人材センター

※体験日当日は、この登録証をご持参下さい。
※この登録証は大切に保管してください。