（様式１－１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（大学等 → 高知県社会福祉協議会）

**介護等体験申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（社福）高知県社会福祉協議会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 大学等名 |  |
| 住所(連絡先) | 〒　　－    Tel.  　担当者名　　　　　　　　　Fax. |

　「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等の体験」について、下記により申し込みます。

Ａ．総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込学生総数 | 人 | 体験総日数 | 延べ　　　　　日 |
|  | 施設等体験費用  @1,000円×5日×　　　人＝　　　　　円(施設へ直接納入) | | |
| 県社協調整費用  @500円×5日×　　　人＝　　　　　円(県社協へ振込み) | | |
|  |  | | |

　※｢介護等の体験｣の費用について

　（１）｢介護等の体験｣の費用のうち、高知県社会福祉協議会の手数料については決定通知（様式２－１及び２－２）受領後１ヶ月以内に高知県社会福祉協議会の指定する銀行口座に学生一人につき2,500円を一括して払い込むこと。

　（２）「介護等の体験」の費用のうち、社会福祉施設等への体験費用5,000円については、学生本人が体験初日に直接社会福祉施設等に支払うこと。

(事前振込みを希望する場合は、大学から社会福祉施設等へ問い合わせをお願いします。)

Ｂ．体験申込書（別紙様式１－２）

　　　体験申込者毎に必要です。

　　　10名以上体験申込の場合、複数人数用申込書があります。高知県福祉人材センターホームページ（フクシでグッジョブ）内よりダウンロードのうえ、ご利用ください。

（様式１－２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（体験申込者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 大学等名 |  |
| 整理番号 |  |

**介　護　等　体　験　申　込　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ガ ﾅ  申込者氏名 | |  | | | | |
| 学　年 | |  | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 住所（連絡先）  ※現住所 | | 〒　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　Tel. | | | | |
| 体験時の住所 | | 〒　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　Tel. | | | | |
| 希望内容（それぞれの項目について、希望を記入してください。） | | | | | | |
| 体験実施  可能期日  (別表参照) | 第１希望 | | 月　　日　　～　　月　　日(グループ　　　) | | | |
| 第２希望 | | 月　　日　　～　　月　　日(グループ　　　) | | | |
| 第３希望 | | 月　　日　　～　　月　　日(グループ　　　) | | | |
| 第４希望 | | 月　　日　　～　　月　　日(グループ　　　) | | | |
| 市町村名 | 第１希望 | | | | 第２希望 | |
|  | | | |  | |
| 施設種別  (どれか1つに○) | 第１希望 | | | |  | |
| 高齢者 ・ 障害者 ・ 児童 | | | |
| 交通手段 | （実習先への移動・交通手段を選び○をつけてください。）  　徒歩　・　自転車　・　バイク・　自家用車　・　バス  　ＪＲ　・　電車　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 備　考 | （調整に際して配慮すべき点があれば記載してください） | | | | | |

※申込時にいただいた個人情報は、「介護等の体験」の連絡・調整のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。