様式４－１（ 受入施設　→　県社協 ）

令和　　年　　月　　日

**介護施設の職場体験受入終了報告書**

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会　会長　　様

|  |
| --- |
| 施設名 |
| （公印）  施設長名 |
| 記入者名 |

当事業所において、下記の者が職場体験を終了したことを報告します。

**Ａ　総括表**

|  |  |
| --- | --- |
| 体験者総数 | 人 |

**Ｂ　体験終了者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 体験者氏名 | 体験実施期間 | 体験日数 | 備考 |
| 1 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 日間 |  |
| 2 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 日間 |  |
| 3 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 日間 |  |
| 4 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 日間 |  |
| 5 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 日間 |  |

※職場体験期間が変更になった場合、「職場体験実施期間」欄に実施した期間を記入し、「備考」欄に当初の

実施予定日を記入してください。

**Ｃ　職場体験を実施しての感想を記載してください。**

**（体験を実施しての感想、体験時の様子、介護職を志す体験者へ期待することなど）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Ｄ　職場体験受入のきっかけについて、該当番号に○をつけてください。**（ 複数回答可 ）

① 体験者の就職や進学に役立つと考えたため　　② 介護のイメ－ジアップになるため

③ 施設のPRにつながると考えたため　　　　　 ④ 職員のやる気を向上させるため

⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※上記C・Dについては、ご回答いただいた内容をホームページやチラシ等に掲載させていただく場合がございます。