

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

施設長名

(公印)

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

No.	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 職場体験にあたっての感想・意見・提案 等

--

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	参加者が今後就職を希望してくれるかもしれないと考えたため
2	介護のイメージアップにつながると考えたため
3	参加者の就職や進学時に役立つと考えたため
4	施設の宣伝につながると考えたため
5	職員のやる気を向上させるため
6	その他 ()