

新潟県福祉人材センター宛 (FAX：025-282-0548)

令和2年度「介護の魅力情報発信事業(職場体験)」受入承諾書

※ この様式は、施設・事業所ごとに作成してください。 (記入日) 令和 年 月 日

法人・会社名			
フリガナ			
施設・事業所名			
施設種別 (いずれか1つに○)	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. グループホーム 4. ショートステイ 5. デイサービスセンター 6. 小規模多機能型居宅介護 7. 有料老人ホーム		
住 所	〒 ー		
連絡先	電話番号：	FAX 番号：	
施設・事業所 責任者	職名	氏名	フリガナ
担当者	職名	氏名	フリガナ
施設・事業所まで の交通手段	駐車場	J R	バス
	使用可 ・ 使用不可	線 駅下車 徒歩 分	線 バス停車 徒歩 分

※体験希望者の受入れに関して記入してください。
 ※具体的な日程は、体験申込みが入り次第、お電話で直接ご相談させていただきます。

同時に受入できる人数	人				<備考>	
高校生の受入れ	可		不可			
受入可能日数 (複数回答可 該当するすべてに○)	1日	2日間	3日間	4日間		5日間
受入れ可能曜日 (複数回答可 該当するすべてに○)	平日	土曜	日曜	祝日		
体験希望者の昼食 (該当に○)	各自で用意 (弁当等持参)	施設で注文する (1食 円)	持参・注文 どちらでも可	体験者に無料で 昼食を用意する		
持ち物・服装等 (該当に○)	・動きやすい服装 (ジャージ：可 ・ 不可) ・更衣室 (有 ・ 無) ・内ばき (運動靴 ・ スリッパ可) ・エプロン (要 ・ 不要) ・その他 ()					
健康診断書の写し	不要	必要	<備考>			
※1日コースの場合は、いずれの受入施設等においても健康診断及び感染症等に係る検査の実施等を体験参加者に対し求めないものとします。	※健康診断書が必要な場合、以下について記入してください。 ①健康診断書は、()か月以内に受診のもの ②学生の場合、学校で実施の健康診断書の写しで (可 ・ 不可) ③検査項目 ()					
体験時の留意事項						

送付先：新潟県福祉人材センター FAX：025-282-0548

様式 2

※お手数ですが、FAX送信後、到着確認の電話をお願いします。 TEL：025-281-5523
※郵送、来所でのお申し込みも可能です。

介護の職場体験申込書

申込日： 年 月 日

氏 名	ふりがな		該当に○	男 ・ 女	一般 ・ 学生 ・ 高校生		
			生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
学生・高校生の方は ご記入ください							
学校名： / 科・学部 / 学年							
連 絡 先	住 所	〒 —					
	TEL (携帯)						
	T E L						
参加の動機 (該当に○)	☐	福祉の仕事に就きたい	☐	福祉の仕事に関心がある			
	☐	知識・技術を学びたい	☐	実務の再体験			
	その他 ()						
福祉関係資格 (該当に○)	有	☐	介護福祉士	☐	社会福祉士	☐	介護支援専門員
		☐	介護職員初任者研修	☐	ヘルパー (1、2、3級)	☐	社会福祉主事
		☐	その他 ()				
	無						

希望施設 (本誌5～16ページ より選んでください)	第1希望	No.	施設名：				
	第2希望	No.	施設名：				
	第3希望	No.	施設名：				
希望日数 (いずれかに○)	1日 2日間 3日間 4日間 5日間						
希望日程 ※なるべく第3希望まで お書きください	第1希望	月		日 () ～		月 日 ()	
	第2希望	月		日 () ～		月 日 ()	
	第3希望	月		日 () ～		月 日 ()	
特記事項							

※記載された個人情報は、本事業の運営以外の目的で使用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。

問い合わせ 連絡先：新潟県福祉人材センター TEL：025-281-5523

御中

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

介護の職場体験者決定通知書

「令和 2 年度 介護の職場体験」について、下記により決定しましたので通知いたします。

A. 総括表

体験者数	人
------	---

B. 体験決定者

1	フリガナ 氏 名		年齢	歳	性別	
	職 業					
	住 所	〒 TEL.				
	体験日程	平成 年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
	体験時間	午前 9 時 ~ 午後 4 時				
	備 考	福祉関係資格:				

※職場体験終了後は、次の様式の提出をお願いします。

- ①「介護の職場体験受入終了報告書」(様式 5 - 1)
- ②「介護の職場体験受入費用請求書」(様式 6)の提出をお願いします。

様

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

介護の職場体験決定通知書

フリガナ		事業所種別	
施設・事業所名			
フリガナ		フリガナ	
施設・事業所長名		担当者名	
体験日時等	令和 年 月 日～ 月 日 (日間) 午前 9 時～午後 4 時 ※ 体調が悪い場合は、施設と福祉人材センターへ必ず連絡を入れてください。		
住 所	〒		
電話番号		交通手段	
FAX 番号	《	駐車場使用：可	

体験内容	・受入施設が作成した「職場体験プログラム」によります。
当日の服装 持ち物	・筆記用具・ポケットに入るメモ帳
昼食について	☐ 各自で用意 ☐ 施設で注文する ☐ 持参・注文どちらでも可 ☐ 無料で提供
参加者が 負担する経費	その他 必要な費用 (— 円 : 内容)
体験に際しての 留意事項	● <u>体験開始前(月 日まで)</u> に、必ず施設のご担当宛に電話連絡を入れ、持ち物・ 昼食等の再確認をお願いします。 ●利用者の個人情報を漏らさないように留意してください。

健康診断書	☐ 不要 ☐ 要
-------	--

体験終了後	※体験終了後、 月 日までに、同封の「介護の職場体験終了報告書」を 福祉人材センターへ同封の返信用封筒にて郵送してください。
-------	---

令和 年 月 日

介護の職場体験(日程変更・中止)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

電話番号

令和 年 月 日付 新社協第 号にて通知された「介護の職場体験」受け入れについて、(日程変更 ・ 中止) しますので報告します。

※ 該当を○で囲んでください。

A 職場体験決定通知の内容

体験者氏名	体験予定日時
	令和 年 月 日～ 月 日 (日間) 午前9時～午後4時

B 内容等

(該当に○)

	体験日程の変更	※ 変更後の体験日程を記入してください。 令和 年 月 日～ 月 日 午前 時～午後 時
	体験の中止	

C 理由

--

D 体験者本人との協議について

※ どちらかに○を付けてください

●変更・中止の内容について、体験者との協議は終了しているか (いる ・ いない)

令和 年 月 日

介護の職場体験（辞退・日程変更・中止）報告書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

体験者氏名

㊞

先に決定通知のあった介護の職場体験について、下記の理由により体験を
（辞退・日程変更・中止）しますので報告します。

記

内 容	(※ 該当を○で囲んでください)	
	職場体験を (辞退 ・ 日程変更 ・ 中止) します。	
施設・事業所名		
体 験 日 程	当初予定	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)
	変更後	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () (日間)
理 由		

※ 辞退・中止の場合は、「体験日程 変更後」欄の記入は不要です。

介護の職場体験（辞退・日程変更・中止）通知書

様

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

先に決定通知のあった介護の職場体験について、体験希望者より下記の理由により
体験を（辞退・日程変更・中止）したい旨の申し出がありましたので報告します。

記

内 容	職場体験を（辞退・日程変更・中止）します。	
体験者氏名		
体 験 日 程	当初予定	令和 年 月 日()～ 月 日() (日間)
	変更後	令和 年 月 日()～ 月 日() (日間)
理 由		

介護の職場体験（日程変更・中止）通知書

様

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会
会 長 竹 内 希 六

先に決定通知のあった介護の職場体験について、受入施設より下記の理由により体験を（日程変更・中止）したい旨の申し出がありましたので報告します。

記

内 容	職場体験を（日程変更・中止）します。	
施設・事業所名		
体 験 日 程	当初予定	令和 年 月 日()～ 月 日() (日間)
	変更後	令和 年 月 日()～ 月 日() (日間)
理 由		

介護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 (※1ヶ月ごとにまとめてご記入ください)

体験者総数	人
-------	---

B 体験終了者 (1ヶ月ごとにまとめてご記入ください。)

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 ()

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

介護の職場体験終了報告書

記入日：令和 年 月 日

氏 名		年齢(歳)	学生 ・ 一般
体験事業所名			
体 験 月 日	令和 年 月 日 ～ 月 日		
体験日数 (該当に○)	1日 ・ 2日間 ・ 3日間 ・ 4日間 ・ 5日間		
備 考	※体験日程を変更した場合は、当初の体験予定日を記入してください。		

※ アンケートにご協力をお願いします。 該当に○をつけてください。【複数回答可】

1. 介護の職場体験をどこで知りましたか。

- ① 新潟県福祉人材センター ② 学校 ③ ハローワーク等(相談機関) ④ 友人・知人から聞いて
 ⑤ 家族・親族から聞いて ⑥ 施設・事業所 ⑦ イベント・面接会にて(就職フェア等)
 ⑧ 他県の福祉人材センター ⑨ その他 ()

2. 体験動機を教えてください。

- ① 介護関係への進学を希望しているため ② 介護業界に就職を希望しているため
 ③ 実際の職場の雰囲気を知りたいと思ったため ④ 教師や親に進路選択の際に役立つからと勧められたため
 ⑤ その他 ()

3. 職場体験前の介護に対するイメージを教えてください。

- ① やりがいがある仕事 ② 社会的に意義のある仕事 ③ 専門的な知識や技術が求められる仕事
 ④ 夜勤などがありきつい仕事 ⑤ 給与水準が低い仕事 ⑥ 将来のキャリアアップが見通せず不安な仕事
 ⑦ その他 ()

4. 今回職場体験を経て、介護に対する印象を教えてください。

- ① やりがいがある仕事 ② 社会的に意義のある仕事 ③ 専門的な知識や技術が求められる仕事
 ④ 夜勤などがありきつい仕事 ⑤ 給与水準が低い仕事 ⑥ 将来のキャリアアップが見通せず不安な仕事
 ⑦ その他 ()

5. 体験後の感想を教えてください。

- ① 将来、介護系の大学・専門学校等に進学してみようと思った。 ② 将来、介護業界に就職してみようと思った。
 ③ 介護に対するイメージについて良い印象を持つことができた。
 ④ 福祉人材センターを利用して、介護の資格や就職について相談等してみようと思った。
 ⑤ その他 ()

※ 裏面につづく ↓

6. 体験施設の感想等ご自由にお書きください。

7. 職場体験は、どのような方法が申し込みやすいですか。

8. 職場体験についての要望等ご自由にお書きください。

8. 今後、福祉人材センターより、セミナーやイベント等のご案内をお送りしてもよろしいでしょうか。

- ご協力ありがとうございました。

※ 職場体験にあたり、施設・事業所の要望により健康診断・感染症等に関わる検査を受診した場合記入してください。
3,000円を限度とした検査費用の実費額を、新潟県福祉人材センターがお支払いします。
(領収書添付のこと)

請求金額	円 (3,000円を上限とします)	
検査内容		
振込先	(フリガナ) 金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協
	(フリガナ) 支店名	支店
	預金種類	普通預金
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	

介護の職場体験受入費用請求書

社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 会長 様

法人名	
施設名	
施設長名	(公印)
記入者 役職・氏名	
電話番号	

本施設・事業所において、介護の職場体験が終了しましたので、体験受入費用を請求します。

A 総括表

体験者総数	人	延体験日数	日間
請求金額	円 (一人1日あたり4,000円 × 延体験日数 日)		

B 振込口座

受入費用 振込先口座	フリガナ	フリガナ
	銀行	支店
	(普通 ・ 当座) 口座番号	
	フリガナ	
	名 義	
備 考		