

記載例

様式第1号

(大学等 → 静岡県社会福祉協議会)

# 実施承認申請書

(静岡県介護等の体験)

- 1 発信文書を番号管理していない場合は空欄で構いません。
- 2 日づけは必ず御記入ください

平成 年 月 日

静岡県社会福祉協議会  
会長 様

公印を押してください。

大学名・代表者 印

下記のとおり静岡県における介護等の体験の実施を予定していますので、申請します。

### 記

大学等の名称			
体験を希望する者の人数			
担当者職氏名			
連絡先	住所		
	TEL		
	FAX		
	E-mail アドレス		
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 「体験を希望する者の人数」は予定人数であり、後日提出される様式第3号の申込学生総数と異なっても問題ありません。</li> <li>2 「担当者職氏名」は本事業の主な連絡先となる担当者の所属、お名前を一名のみ御記入ください。</li> <li>3 提出後、本事業の担当者が変更された場合は本会へ電話でお知らせください。</li> </ul>		

## 記載例

様式第2号

(大学等 → 静岡県社会福祉協議会)

- 1 発信文書を番号管理していない場合は空欄で構いません。
- 2 日づけは必ず御記入ください

平成 年 月 日 発 号

静岡県社会福祉協議会  
会長

様

公印を押してください。

担当者名は様式第1号に記載した担当者職氏名と同一にしてください。変更があった場合は新しい担当者のお名前を御記入ください。

大学名・学部名

学校長(部)名

担当者名

T E L

F A X

E-mail

印

## 介護等の体験変更・辞退届

このことについて、下記のとおり提出します。

- 1 NOは様式第6号の申込学生氏名左横の番号を御記入ください。

記

### 1 介護等の体験変更・辞退者氏名等

NO	学生氏名	理 由

### 2 日程等

※ 体験変更日程は変更者のみ記入

実施施設	
体験予定日程	月 日 ~ 月 日
体験変更日程	月 日 ~ 月 日

### 3 備考

- (注) 変更・辞退のどちらかを二重線で消してください。
- (注) 変更・辞退は施設側と調整の上、提出してください。
- (注) 変更の場合は「介護等体験受入決定通知書」の再発行を行います。
- (注) 辞退の場合は写しを実施施設に送ります。

記載例

様式第3号

(大学等 → 静岡県社会福祉協議会)

「介護等体験申込書」(学校用)

- 1 発信文書を番号管理していない場合は空欄で構いません。
- 2 日づけは必ず御記入ください

発 号  
平成 年 月 日  
公印を押してください。

静岡県社会福祉協議会 御中

学校長(部)名

印

大学等名	
住所(連絡先)	〒 —
担当者	TEL _____ FAX _____

担当者名は様式第1号に記載した担当者職氏名と同一にしてください。変更があった場合は新しい担当者のお名前を御記入ください。

「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。

1 総括表

申込学生総数	人	体験総日数	延べ 日
体験費用	総額	円 (@ 円×体験総日数延日分)	
振込日	(受入決定)		
振込人名義			

- 1 様式第4号を取りまとめ、本様式に必要事項を御記入の上、「平成29年度 静岡県介護等体験事業の流れ」に記載されている申込締切日までに本会あてに郵送してください。
- 2 申込締切日が4回あります。希望する全ての学生の申込みを一括で申請しても、実施時期に合わせて複数回に分けて申請しても構いません。
- 3 保険の加入状況について、確認の上、チェックをしてください。

2 体験申込書

(別紙) 様式第4号

3 保険への加入について

(財)日本国際教育支援協会の「学生教育研究災害障害保険・学研災付帯賠償責任保険AまたはB」に加入

その他の保険に加入 (保険会社名: )

補償の対象が以下全てに対応しているか確認し、チェックして下さい。

- 本人の傷害事故
- 対人の賠償事故
- 対物及び受託物(紛失、盗取、詐取)の賠償事故



## 記載例

様式第5号（体験時に学生に持参させてください。）

大学等名		整理番号等
------	--	-------

## 証 明 書

本籍地（都道府県名）

氏 名

年 月 日生

上記の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

## 記

期間	施設名及び所在地	体験の概要	施設の長の名及び印
年月日 ～ 年月日 ( 日間)			
年月日			

- 年 (
- 1 本様式は原則として、学生が施設・事業所に持参するか、事前に施設・事業所あてに郵送してください。
  - 2 本様式は必要事項が記載されていれば、貴校が作成した様式を使用させていただいて構いません。

備考1 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間ごとに記入すること。

2 「体験の概要」の欄には、「高齢者介護等」「知的障害者の介護等」の区分を記入すること。

## 注意事項

- ・「学校又は施設の長の名及び印」の欄には、施設の長又は学校長の公印を押す。
- ※ 施設の長の公印が無い場合は、施設を設置した法人の法人印でも可とする。
- ※ 施設の長の公印及び法人印も無い場合は、施設の長の私印でも可とするが、その場合は欄外に「〇〇施設では施設長の公印が無いため施設長〇〇〇〇の私印により証明する」と追記する。
- ・「記」以下の証明内容を訂正する場合は、施設の長又は学校長の公印で訂正する

記載例

様式第6号

(静岡県社会福祉協議会 → 大学等)

年 月 日

(大学コード) (大 学 名) 御中

静岡県社会福祉協議会事務局長

「介護等体験受入決定通知書」

「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体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

記

A 総括表

決定人数 人

B 体験決定者

申込学生	(学生No)	氏名：	フリガナ：
		性別：	生年月日： 年 月 日
学生住所	(帰省先) 〒	連絡先：	
	(現住所) 〒	連絡先：	
体験期間	(第 週)	年 月 日 ~	年 月 日 日間
受入施設	(施設コード) (施設名)	種別：(種別コード) (種別名)	
	施設長名：	地域：(地域コード) (地域名)	
施設住所	〒		
	担当者名：	TEL：	FAX：

1 学生に対する事前オリエンテーションについて

ア 体験日の前に実施する      イ 体験の初日に実施する

ウ その他 (具体的に)

2 学生の体験条件について

ア 健康診断書

イ 細菌検査 (身)

ウ 血液検査 (身)

エ その他 (具体的に)

3 学生が泊まりでの体験について

ア 宿泊を伴う体験

(宿泊費用1日)

1 申込締切日以降に受入施設の調整を行い、本会が貴校宛てに発行します。介護等体験の開始1ヵ月前までに到着しない場合は本会までお問い合わせください。

2 **受入施設のご担当者あてに、介護等体験の始まる4週間前までに、必ず事前の電話連絡を行うよう御指導ください。**

3 介護等体験期間に祝祭日等お休みがある場合は、振替日が必要となる場合があります。該当する週に介護等体験を行う場合は、早目に連絡をし、振替日の調整をしてください。

4 様式第2号の提出により。介護等体験の実施週が変更された場合は、本様式を再発行します。

全ての申込学生が介護等体験を終了した時点で取りまとめ、本会へ郵送してください。

記載例

様式第7号

(学生 → 大学等 → 静岡県社会福祉協議会)

社会福祉施設における介護等体験 自己評価票

大学・短期大学名		学部名	
氏名		在学年等	

施設名		体験期間	月 日 ~ 月 日
体験の目標	(体験前に立てた課題やテーマ等)		
自己評価感想	<p>Q1：学習の目標は達成できましたか？          1 はい 2 いいえ 3 どちらでもない          (達成できたこと、できなかったことその理由を具体的に御記入ください。)</p> <p>Q2：社会福祉施設や利用者に関するイメージで変化したことはありますか？          1 変わった 2 どちらともいえない 3 変わらない          (その理由を御記入ください。)</p> <p>Q3：今後の学生生活や教員になった時の参考になると思われたことがありましたか？          1 あった 2 どちらともいえない 3 なかった          (その理由を御記入ください。)</p> <p>Q4：全般的な感想や印象に残ったことを御記入ください。</p>		
施設での体験について	<p>■受入側の対応や体験内容について</p> <p>1 満足 2 やや満足 3 どちらともいえない 4 やや不満 5 不満</p> <p>4、5と回答された方にお尋ねします。その主な理由をお聞かせください。</p> <p>1 雑務が主で利用者とのコミュニケーションが図れなかった          2 具体的な体験プログラムが無かった          3 日々の明確な指示・指導が無かった          4 その他 ( )</p> <p>■施設への要望他 (自由回答)</p>		

記載例

様式第8号

(大学等 → 静岡県社会福祉協議会)

介護等体験事故報告書

- 1 発信文書を番号管理していない場合は空欄で構いません。
- 2 日づけは必ず御記入ください

平成 年 月 日 発 号

静岡県社会福祉協議会 御中

公印を押してください。

記入名は様式第1号で記載した担当者職氏名と同一にしてください。変更があった場合は新しい御担当者のお名前を御記入ください。

大学名・学部名 \_\_\_\_\_

学校長(部)名 \_\_\_\_\_ 印

記入者 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

介護等体験の実施期間中に、下記のとおり事故が起きた事を報告します。

- 1 学生名 \_\_\_\_\_
- 2 事故発生日時・場所 \_\_\_\_\_
- 3 事故の内容 (詳細にお願いします)
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
- 4 事故処理について (保険活用等)
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_