

福祉のお仕事に興味のある方へ

福祉の職場体験

参加者募集



社会福祉法人 静岡県社会福祉協議会
静岡県社会福祉人材センター

福祉のお仕事に興味のある方へ

福祉の職場体験

福祉の仕事の基本は、“**人とのふれあい**”。

そこにはあなたの知らない“**楽しさ、面白さ**”など、
新鮮な驚きがあります。“**実感**”してみませんか？

福祉や福祉の仕事に関心のある中学生以上の方を対象として、福祉施設等での現場体験を通して福祉の仕事に対する理解を深め、その魅力を体感していただくことを目的に、静岡県の委託を受けて実施します。

主 催 静岡県社会福祉人材センター（社会福祉法人 静岡県社会福祉協議会）

体験内容

- 利用者との交流…………… 話し相手、レクリエーション、趣味活動の補助など
- 利用者の介護・介助 …… 車いす介助、食事や入浴の介助、散歩など
- 作業補助 ……………… 配膳、洗濯物の整理、農作業、清掃など

体 験 先 静岡県社会福祉人材センターが調整した受入施設・事業所であって、参加者が希望するところ

※別紙、「福祉の職場体験受入施設・事業所一覧」の中から、選んでお申し込みください。

静岡県社会福祉協議会ホームページでもご覧いただけます。

(<http://www.shizuoka-wel.jp/job/challenge/>)

※体験受入施設一覧に無い施設をご希望の場合は静岡県社会福祉人材センターへご相談ください。

参 加 費 無料（ただし、体験先までの交通費と食事代は自己負担）

体験日数 原則3日から10日の間で体験希望者が設定

実施期間 毎年度4月から翌年2月末まで
※申込受付期間は、毎年度1月31日（1月31日が土・日曜日の場合は最終金曜日）まで必着

体験時間 1日当たり原則として午前9時から午後4時まで

申込受付 ①参加希望者は、「福祉の職場体験事業申込書（様式2）」に必要事項を記入の上、郵送またはFAXまたはEメールにて静岡県社会福祉人材センターあてにお申し込みください。

※FAXの場合は送信の確認の連絡をしてください。また、Eメールの場合は静岡県社会福祉協議会のホームページから申込書をダウンロードしてお申し込みください。

※中学生・高校生の方は、保護者の方に体験参加の了承を得てください。

②申込受付後、体験先と調整の上、あらためて申込者にご連絡します。

福祉の職場体験に参加される方へ

体験に行かれる前によくお読みください。

知っておいていただきたいこと

- ❁ 福祉施設等では、体験を受け入れるために、利用者へのサービスを担う限られた職員の中で、担当の職員が対応してまいります。
- ❁ 原則、お一人の体験日数は1施設または1事業所につき3日以上10日以内です。
※A施設3日、B事業所4日、C施設3日というように複数施設での体験も可能です。
- ❁ あなたの希望する体験日と体験先の受入可能日が必ずしも一致しない場合があります。その場合は、連絡の上調整させていただきます。
- ❁ 万一、やむを得ない事情で欠席、遅刻する場合は、必ず体験先と静岡県社会福祉人材センターにご連絡ください。
- ❁ 体験に係る参加費は無料ですが、**体験先までの交通費や食事代は自己負担です。**
- ❁ 参加者は動きやすい服装、上履き(スリッパ・サンダル等は不可)、健康保険証の写しをご持参ください。
- ❁ 万一の事故に備え、「ボランティア行事用保険」に加入します。
(社会福祉人材センターが加入手続きを行い、費用を負担します。)
体験中に事故等があったら、すぐに静岡県社会福祉人材センターにご連絡ください。

体験先決定後の「職場体験」の流れ

手順①

静岡県社会福祉人材センターから「職場体験決定通知書」が届いたら、すぐに体験先の担当者へ電話連絡をして、当日の確認【①訪問時間 ②交通手段 ③服装 ④食事(弁当持参もしくは体験先で有料の昼食を依頼する。) ⑤一日の体験時間等】を行きましょう。

手順②

体験先で職場体験をしましょう。体験内容は、体験先事業所の指示に従ってください。

手順③

最終日に、「福祉の職場体験事業実施報告書(書式3)」を記入し、体験先事業所の担当者に渡してください。

※複数の施設・事業所を体験する方は、その都度同様をお願いします。

体験者の声



初任者研修では学ばなかったレクリエーションや食事作りなど、介護といっても多岐に渡って学びました。職員の方は時間内で一生懸命お仕事されていました。
(40代・女性)



3日間体験させていただいて、福祉の経験が無いができることをやろうと思い、補助をさせていただきました。職員さん達は忙しい中でも教えてください、とても聞き易かったです。今回の体験をふまえて介護の分野も検討しようと思います。
(40代・男性)



お申込み
問合せ先

〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70

静岡県社会福祉人材センター (社会福祉法人静岡県社会福祉協議会)

TEL.054-271-2110 FAX.054-272-8831

E-mail : taiken@shizuoka-wel.jp



送付先 FAX: 054-272-8831 / E-mail: taiken@shizuoka-wel.jp

体験希望日より原則2週間前までにお申し込みください。

福祉の職場体験事業申込書

年 月 日

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名			生年月日	西暦	年 月 日 歳
住所	〒 _____				
電話番号	自宅: () _____ 携帯: () _____				
メールアドレス					
一般	<input type="checkbox"/> 在職中	職種 ()	学 生	<input type="checkbox"/> 福祉系	<input type="checkbox"/> 一般
	<input type="checkbox"/> 無職	勤続年数 () 年		学校名: 学部: 学年:	
	福祉職勤務経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		卒業後の進路 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学		
福祉の資格	<input type="checkbox"/> あり (※該当するものに○を付けてください。) ・ 介護福祉士 ・ 介護職員実務者研修 ・ 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級) ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 保育士 ・ セラピスト (理学療法士・作業療法士等) ・ 看護師 ・ 取得見込みの資格 () ・ その他 () <input type="checkbox"/> なし				
一般資格	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許 <input type="checkbox"/> その他の資格 ()				

体験希望施設	施設数	<input type="checkbox"/> 1施設のみ <input type="checkbox"/> 複数希望 ※1施設3日間以上 (合計10日間以内)			
	第1希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間	別紙「体験受入施設・事業所一覧」を参照の上、御記入ください。
	事業所名 ()			日間	
	第2希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間	
第3希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間		
体験希望日	※御都合の良い日にちを御記入ください。				
				【記入例】 4月6日(月)・7日(火)・8日(水) 4月6日(月)～9日(木)の内の3日間
				
				
参加の動機	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 知識・技術を学びたい <input type="checkbox"/> 実務の再体験				

※施設の受入状況により体験希望期間に対応できない場合がありますので、御了承ください。

※記載された個人情報、体験受入決定施設に提供するほか、本事業の運営上以外の目的で利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。

※施設において福祉・介護職以外の職種(相談・看護・リハビリの各職)を行う場合も、各職種と併せて、福祉・介護の仕事も体験するものとします。

※相談・看護・リハビリ職の体験はできない施設もあります。

送付先 FAX: 054-272-8831 / E-mail: taiken@shizuoka-wel.jp

体験希望日より原則2週間前までにお申し込みください。

福祉の職場体験事業申込書

20××年6月1日

ふりがな	しず おか はな こ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
氏 名	静岡花子		生年月日	西暦 1987年9月10日 33歳
住 所	〒 420 - 0856 静岡市葵区駿府町1-70			
電話番号	自宅: (054) 271 - 2△○1 携帯: (090) 3921 - 2△□8			
メールアドレス	taiken@○○△△□□			
一 般	<input type="checkbox"/> 在職中	職 種 ()	学 生	<input type="checkbox"/> 福祉系 <input type="checkbox"/> 一般
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 職	勤続年数 () 年		学校名: 学 部: 学 年:
	福祉職勤務経験 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		卒業後の進路 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学	
福 祉 の 資 格	<input checked="" type="checkbox"/> あり (※該当するものに○を付けてください。) ・ 介護福祉士 ・ 介護職員実務者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級) ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 保育士 ・ セラピスト (理学療法士・作業療法士等) ・ 看護師 ・ 取得見込みの資格 () ・ その他 () <input type="checkbox"/> なし			
一般資格	<input checked="" type="checkbox"/> 普通自動車免許 <input type="checkbox"/> その他の資格 ()			

体 験 希 望 施 設	施設数	<input type="checkbox"/> 1施設のみ <input checked="" type="checkbox"/> 複数希望 ※1施設3日間以上 (合計10日間以内)		
	第1希望	事業所番号 No. (14) 希望職種 (<input checked="" type="checkbox"/> 介護 相談 看護 リハビリ)	4 日間	別紙「体験受入施設・事業所一覧」を参照の上、御記入ください。
	第2希望	事業所番号 No. (7) 希望職種 (介護 相談 看護 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ)	3 日間	
第3希望	事業所番号 No. () 希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間		
体 験 希 望 日	※御都合の良い日にちを御記入ください。 6月12日(金)、17日(水)、20日(土)、25日(木) 8月3日(月)~8月14日(金)の期間で7日間(土日祝不可) 7月3日(金)、10日(金)、18日(土)			【記入例】 4月6日(月)・7日(火)・8日(水) 4月6日(月)~9日(木)の内の3日間
参 加 の 機 動	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 知識・技術を学びたい <input type="checkbox"/> 実務の再体験			

※施設の受入状況により体験希望期間に対応できない場合がありますので、御了承ください。

※記載された個人情報、体験受入決定施設に提供するほか、本事業の運営上以外の目的で利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。

※施設において福祉・介護職以外の職種(相談・看護・リハビリの各職)を行う場合も、各職種と併せて、福祉・介護の仕事も体験するものとします。

※相談・看護・リハビリ職の体験はできない施設もあります。