

記載例

様式第2号

(静岡県社会福祉協議会 → 施設)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

0701001 特別養護老人ホーム シズウェル 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。

受入決定人数が記載されます

記

A 総括表

受入人数	人	決定人数	人
------	---	------	---

B 体験決定者

申込学生	(00001) 氏名：駿河 花子 性別：女 生年月日：19XX年10月11日
学生住所	(帰省先) 〒104-XXXX 東京都渋谷区渋谷2丁目X-XX 連絡先：03-XXXX-XXXX
	(現住所) 〒422-XXXX 静岡市駿河区森下町X-XX 連絡先：054-XXX-XXXX
体験期間	(第18週) 2017年 7月 31日～2017年 8月 4日 5日間
大学名等	01-01 葵学園大学
備考	

留意点及びお願い

- この様式は御提出いただきました「平成29年度介護等体験年間受入計画書」を基に申込締切日以降に調整を行い、決定後、郵送します。申込締切日は「平成29年度静岡県介護等の体験事業の流れ」を御参照ください。
- 本様式が到着後、何らかの理由で受入れができなくなった場合は再調整が必要になりますので、早急に本会へお知らせください。
- 介護等体験を実施する学生が何らかの理由で実施週を変更する場合は本様式を再発行いたします。
- 介護等体験を学生が辞退する場合は、本会で取消処理を行い、「介護等の体験辞退届」の写しを郵送いたします。
- 体験実施の遅くとも4週間前までには、体験を実施する学生から電話で事前連絡があります。事前オリエンテーションを実施する場合はその実施日や持ち物等の御指示をお願いいたします。
- 介護等体験実施週に施設・事業所のお休みがある場合は振替日が必要になります。該当する週に受入を行う場合には、振替日の調整をお願いいたします。

記載例

様式第3号

(施設 → 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「発号」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
平成〇〇年〇〇月〇〇日

静岡県社会福祉協議会
事務局長

様

特別養護老人ホーム シズウエル
静岡 太郎

印

介護等の体験の取消

公印です。
施設長・事業所長の個人印は使用しないでください。

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1 介護等の体験の取消者氏名等

氏名	大学等名	実施日	実施施設
田中 太郎	駿河学園大学	2017年9月4日～ 2017年9月8日	特別養護老人ホーム シズウエル

2 介護等の体験の取消年月日及び理由

取消年月日 2017年9月8日

取消理由 2日連続で無断欠勤し、注意をしたが改善しなかった。

3 備考

留意点及びお願い

- 1 介護等体験に臨むにあたり、姿勢、態度がふさわしくないと判断された場合は本会事務局に御相談ください。学生が在学する大学に連絡し、改善を求めます。
- 2 その後、改善が認められない場合は本様式に必要事項を御記入の上、本会あてに郵送ください。

平成29年度 介護等の「証明書」発行原簿

特別養護老人ホーム シズウエル

施設長 静岡 太郎 印

No	体験終了者氏名	大学名等	体験期間	体験の概要
1	駿河 花子	葵学園大学	2017年8月7日～ 2017年8月11日	高齢者の介護等
2	浜松 一郎	<p>留意点及びお願い</p> <ol style="list-style-type: none">平成29年度中に受入を実施し、介護等体験が終了した学生に対して様式第5号を発行していただき、発行した全ての学生分を記載し、様式第5号の写し（コピー）と一緒に4年間保管してください。本様式の原本もしくは、写し（コピー）を本会あてに提出していただく必要はありません。		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

(注) 発行後、4年間保管をお願いします。

記載例

様式第5号（参考 原則、学生が持参します。）

大学等名	葵学園大学	整理番号等
------	-------	-------

証 明 書

本籍地 東京都

氏 名 駿河 花子

19XX年10月11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
2017年8月7日 ～ 2017年8月11日 (5日間)	特別養護老人 ホーム シズウエル	高齢者の介護等	駿河 花子 

公印です。

年 月 日
～
年 月 日
(日間)

- 1 本様式は学生が持参するか、大学から郵送等で送られてきます。体験終了後、必ず公印の押された原本を学生にお渡しいただくか、郵送で大学へ送付していただくことになります。方法が大学により異なりますので、学生に確認をお願いします。
- 2 静岡県社会福祉協議会へは、コピーを御提出ください。
- 3 学生が持参しなかった場合、大学から送られてこなかった場合に限り、本様式を御利用ください。

- 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

(施設 → 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「発号」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事務局長 様

施設名 特別養護老人ホーム シズウエル

施設長名 静岡 太郎 印

「介護等体験終了報告書」

本施設において下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

公印です。施設長・事業所長の個人印等は使用しないでください。

1 総括表

学生総数	2人	延べ体験日数	10日	施設への振込総額	10,000円
------	----	--------	-----	----------	---------

2 体験終了者

< 8月7日～ 8月25日 >

	氏名	体験期間	大学名	備考
1	駿河 花子	8月7日～8月11日	葵学園大学	
2	浜松 一郎	8月21日～8月25日	葵学園大学	
3				
4	<p><u>留意点及びお願い</u></p> <p>1 施設名は様式第2号に記載されている施設名を御記入ください。</p> <p>2 総括表の学生総数、延べ体験日数、施設への振込総額は様式第7号の受入人数、延べ体験日数、請求金額と一致します。</p> <p>3 体験終了者記載表の右上の期間は様式第7号の受入期間と一致します。</p> <p>4 受入を複数回 (例 8月と10月) 行う場合は原則として、毎回発行をお願いしますが、会計処理上支障がある場合はまとめて発行していただいても構いません。</p> <p>5 <u>本会へ原本を郵送してください。大学へは写しも必要ありません。</u></p>			
5				
6				
7				
8				
9				
10		月 日～ 月 日		

3 体験未終了者 (「決定通知」には名前があったが、変更・辞退した学生)

	氏名・No	体験予定期間	大学名	備考
1		月 日～ 月 日		
2		月 日～ 月 日		
3		月 日～ 月 日		

記載例

様式第7号

(施設 → 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「発号」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

介護等体験実施費用請求書

静岡県社会福祉協議会事務局長 様

- 1 施設名は様式第2号に記載されている施設名を御記入ください。
- 2 印は公印です。施設長の個人印は使用しないでください。

施設名 特別養護老人ホーム シズウエル

施設長名 静岡 太郎 印

記入者 駿府 花子

TEL 054-XXX-XXXX

FAX 054-XXX-XXXX

「介護等体験終了報告書」のとおり、介護等体験を希望する学生を受け入れたので、下記の金額を請求します。

総括表記載項目は様式第6号と一致させてください。

1 総括表

受入期間	8月 7日 ~ 8月 25日		
受入人数	2人	延べ体験日数	10日
請求金額	10,000円 (@1,000円×延べ体験日数)		

2 体験費用振込口座

振込口座	福祉 <u>銀行</u> 信用金庫	駿府町	支店
	<u>(普通・当座)</u> 口座番号	0012XX	
(フリガナ)	シヤクワクホジシズカイ トクベツヨウロウジンホム シズウエル リヂョウ スブジヨウ		
名 義	社会福祉法人 静会 特別養護老人ホーム シズウエル 理事長 静岡 二郎		

※フリガナは必ず記入してください。

留意点及びお願い

- 1 体験費用振込口座は間違いなく御記入ください。フリガナも必ず御記入ください。
- 2 様式第7号は本会へ原本を郵送してください。大学へは写しも必要ありません。
- 3 毎月15日、月末締めとし、30日、翌月10日に指定口座へお振込します。
(振込日が休日の場合は、前日の支払いとなります。)

介護等体験実施期間中に事故が発生した場合は、要項に基づき、本会へ早急にご連絡ください。その後、本様式の御提出をお願いします。

様式第8号

介護等体験事故報告書

平成 年 月 日
発 号

静岡県社会福祉協議会 御中

施設名 _____

施設長名 _____ 印

記入者 _____

TEL _____

介護等体験の実施期間中に、下記のとおり事故が起きたことを報告します。

1 学生名 _____

2 事故発生日時・場所 _____

3 事故の内容（詳細をお願いします。）

.....
.....
.....
.....
.....

4 事故処理について（保険活用等）

.....
.....
.....
.....
.....