

## 平成29年度 福祉職場体験受入施設申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会 会長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり福祉職場体験者受入れについて申込みいたします。

種 別	
所 在 地	〒 _____
連 絡 先	TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____
担当者氏名	
体験者が負担する経費	食 事 ( 弁当持参の可否 ( 可 ・ 否 ) 施設の昼食を利用する場合 ( 1 食 _____ 円) ) その他の経費 ( _____ 円)
体験受入れ期間・日程	期 間 ( ・年間 ・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ・その他 ( _____ ) ) 日 程 ( ・いつでも可 ・平 日 ・月曜日~土曜日 ・その他 ( _____ ) )
受入れ人数	年間 ( _____ 人) 1日あたり ( _____ 人)
交通手段	最寄り駅からの交通手段 バス・JR ( _____ 駅下車) 徒歩 ( _____ 分) 自家用車の場合駐車場の利用 ( 可 ・ 否 )
備 考	※特に必要な事項等があればご記入ください。

\*別紙 平成29年度 福祉職場体験実施計画書を添付してください。

# 平成29年度 福祉職場体験実施計画書

施設名 \_\_\_\_\_

## 【1日目】

時 間	内 容

【2日目～】

時 間	内 容

施設名 \_\_\_\_\_

【最終日】

時 間	内 容

※ 計画書の様式は施設独自のものでもよい。

体験者が準備するもの

--

## 平成29年度 福祉職場体験報告・請求書

平成 年 月 日

社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会 事務局長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本施設において次のとおり福祉・介護人材職場等体験事業（福祉職場体験）を終了しましたので報告のうえ、体験費用を請求いたします。

体験者

NO	氏名	実施期間	備考
1		月 日 ~ 月 日	
2		月 日 ~ 月 日	
3		月 日 ~ 月 日	
4		月 日 ~ 月 日	
5		月 日 ~ 月 日	

体験人数	人	延べ実施日数	日 ①
請求金額 (①×5,000円)			円

振込先

銀行名	銀行	本支店名	支店
預金種類	普通・当座	口座番号	
名義	フリガナ		