様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(事業所→施設団体→職場体験事務局)

**「令和７年度介護の職場体験事業」　登録申請書　・　変更届**

　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  | 代表者職名 |  |
| サービス種別 | 特別養護老人ホーム（ショートステイ含む）・介護老人保健施設・認知症グループホーム通所介護事業所（デイサービス）・小規模多機能型居宅介護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ふりがな |  | 担当者職名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　（　　　　）　　　　　　FAX：　　　　（　　　　）E-mail： |
| 受入れ可能な時期（該当する□にレ点） | □随時 　□　　　　月～　　　　月　（　　　　　　） |
| 受入れ可能な人数 | 1日あたり　　　人まで | 受入れ可能な日数 | 1人あたり　　　日まで |
| 受入れ可能な曜日（該当する□にレ点） | □平日　　□土　　□日　　□祝日　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 交通手段（該当する□にレ点） | □自動車　（駐車場　有・無・応相談）　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）□公共交通機関（ バス・電車） 駅から徒歩 分 |
| 体験中の食事（該当する□にレ点） | □各自で用意□施設で用意（受入負担金に含めお支払いしますので、５００円程度の昼食を準備願います。） |
| 服装および準備する物等 |  |
| 体験プログラム | （簡単な記載で可。別紙の添付でも可。） |
| 備　　　　　考 | （体験者への事業所PRなど。リーフレット等があれば、別途、郵便で送付願います（FAX・メールは不可）。） |

様式2

|  |
| --- |
| 一般（参加者→職場体験事務局） |
| **「令和７年度介護の職場体験事業」参加申込書** |
| 記入日：　　　　年　　　月　　　日　 |
| 宮城県知事　　村井　嘉浩　 殿 |
| 　　　次のとおり、職場体験を申し込みます。 |
| 個人での申込 |  | グループでの申込 |  | ※いずれかに○をつけてください |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　月　　日（　　　　　）歳 |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 学校名(学生のみ) |  | 中学・高校・専門学校・大学 | 年 |
| 連絡先※日中連絡が取れる連絡先を記入願います | 住所 | 〒　　 | 　－ |  |  |
| 電話番号 |  | － |  | － |  | 携帯番号 |  | － |  | － |  |
| 連絡先氏名 |  | 本人との続柄 | 本人　　・　　（　　　　　　　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 0（ゼロ）やO（オー）、－（ハイフン）や＿（アンダーバー）など、間違いやすいものは読み方の記入もお願いいたします。 |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡が取れる曜日・時間帯 | 　　　　　　　　　　曜日　　　　　　　　　　　　時　～　　　　　　　　　時頃 | ボランティア保険加入　　　　 | 有　・　無 |
| 申込の動機 |  |
| 希望事業所 | 第1希望 |  | 第2希望 |  | 第3希望 |  |
| 希望する事業所種別 |  | 特別養護老人ホーム(ショート含む） |  | 通所介護事業所（デイサービス） |
|  | 介護老人保健施設 |  | 小規模多機能型居宅介護 |
|  | 認知症グループホーム |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望日数 | 日間（１～３日） | 希望日程 | 1. 月　 日
 | 1. 月　 日
 | 1. 月　 日
 |
| 交通手段 |  | 自家用車（送迎） |  | 徒歩・自転車 |  | 公共交通機関 | 公共交通機関の場合は最寄り駅等 |  |
| ※ご記入いただい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。 |
| ※職場体験にかかる賃金などは発生しません。 |
| ※体験中に知り得た情報は決して他人に話さないようにしてください。 |
| 送付先 | 〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目6－１0　EARTHBLUE仙台勾当台ビル9階 |
| （委託先）　 | **介護の職場体験事務局**（一般社団法人宮城県介護福祉士会　事務局） |
|  | **ＴＥＬ：022-398-5767**（平日9時～17時）　　ＦＡＸ：022-399-6570　　E‐mail：info@miyagi-kaigo.jp （24時間）　 |

様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所→職場体験事務局）

発番号

年　　月　　日

一般社団法人宮城県介護福祉士会　御中

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 　　 （ｲﾝﾎﾞｲｽ登録番号：　Ｔ　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\*ｲﾝﾎﾞｲｽ登録をされている事業所はご記入ください。

「令和７年度介護の職場体験事業」職場体験終了報告並びに経費請求について

このことについて、別紙名簿のとおり終了したので報告します。

また、職場体験受入れに伴う経費を下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　　　　　　円　(税込・10%対象 内消費税　　　　　　　　　円)

（＠１，５００円×　　　日×　　　人：食事なしの場合）

（＠２，０００円×　　　日×　　　人：食事ありの場合）

２　振込口座

銀行名

支店名

金融機関コード　　　　　　　　　支店コード

口座番号　（　普　・　当　）　Ｎｏ．

（どちらかに○をつけて下さい）

フリガナ

口座名義

住所

電話番号

**※添付書類：①「様式４」体験者名簿 ②「様式５」受入れに関するアンケート ③「様式６」職場体験報告書**

1/2

（裏面へ続く）

様式３＜共通＞

**実施報告**（別紙の添付でも可。）

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 内　　　　　容 |
|  |  |

2/2

|  |
| --- |
| 様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告(事業所→職場体験事務局)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **「令和７年度介護の職場体験事業」体験者名簿** |
|  | 事業所 |  |
|  | 住　所 |  |
|  |  |  |
|  | 電　話 |  |
|  | ＦＡＸ |  |
|  | 担当者氏名 |  |
|  |
| 　 | 氏　　　　名 | 年齢 | 体　験　期　間 | 日　数 | 終了欄 |
| 1 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 2 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 3 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 4 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 5 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 6 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 7 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 8 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 9 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
| 10 |  |  | 月　　日 ～ | 月　　日 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※　体験終了後は、終了欄に[終了]又は[済]等を記入のうえ、＜**様式３**＞に添付し、**１０日以内に**御報告願います。※　その他の連絡事項 |

様式５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所→施設団体→職場体験事務局）

**「令和７年度介護の職場体験事業」の受入れに関するアンケート**

　　　年　　　月　　　日

事業所の種別（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

担当者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１　オリエンテーションは行われましたか。

□ 行った　　　□ 行っていない

２　参加者の体験に臨む姿勢や態度はいかがでしたか

□ 非常によかった　　　□ よかった　　　□ ふつう　　　□ 悪かった

３　体験期間について　　　日数　　　　　日

　　□期間は適切だった　　　□長すぎた　　　　□短かった

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　食事提供について

　　□　食事提供を行った　　□食事提供なし　　　□その他（提供日数　　　日）

５　参加者からの辞退・日程変更はありましたか。

□ 辞退　　　事前に参加者から連絡はありましたか。　□ あった　　□ なかった

□ 変更　　　事前に参加者から連絡はありましたか。　□ あった　　□ なかった

□ なかった

６　参加者の採用予定はありますか（参加者が学生の場合は、最終学年の方のみお答えください）。

□ 採用予定（内定含む）　令和　　　年　　月採用予定

　　　　　　　　　　　　　　　（職種：　　　　　　　　雇用形態：　　　　　　　）

□ 検討中（採用決定後に御連絡ください。）　　　　　　　　　□ 採用しない

７　今回の職場体験について、御記入ください。（必須）

（参加者への御意見、受入の感想、全体を通してお気づきの点、要望など）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

御協力ありがとうございました。

様式６　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（体験参加者用）

**職場体験報告書**

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 年　　齢 | 才 |
| 体験事業所名 |  |
| 体験年月日 | 令和　　　年　　月　　日 ～ 令和　　　年　　月　　日（　　　日間） |

１　介護の職場体験の感想について（該当のところに○をつけてください。）

①　大変良かった

　　②　よかった

　　③　どちらとも言えない

　　④　よくなかった（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　職場体験を通して、介護や福祉に対する興味や理解が高まったか

①　とても高まった

　　②　高まった

　　③　どちらとも言えない

　　④　低くなった（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　介護・福祉の職場で（将来を含めて）「働きたい」という気持ちになったか

　　①　ぜひ働いてみたい

理由を「５　ご意見・ご感想」にお書きください。

　　②　働いても良い

　　③　どちらとも言えない

　　④　働きたくない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　（学生のみ）将来の進路について、福祉・介護系の学校へ「進みたい」という気持ちになったか

　　①　ぜひ進みたい

　　②　進んでも良い

　　③　どちらとも言えない

　　④　進みたくない（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　⑤　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　ご意見・ご感想など（必ず記入してください。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |