(別紙様式１)

　　　第　　　号

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人岩手県社会福祉協議会事務局長　様

　　　大学(　　学部)長　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：部署

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

令和6年度介護等体験希望学生の受入調整について（依頼）

介護等体験特例法に係る介護等体験の実施を、別紙のとおり計画いたしました。

ついては、貴管下社会福祉施設等のご協力を得て実施したいので、その受入施設について調整くださいますようお願いします。

　なお、調整日から除外いただきたい日程表と介護等体験希望者個票を　　名分送付します。

記

１　大学所在地　(〒　　 －　　　 )

２　担当部署名

３　担当者職氏名

４　電話番号及びＦＡＸ番号

(様式１　別紙)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　［　　　　　　大学］

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №. | 所属学部(学科) | 学年 | 性別 | 氏　　　名 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（Ａ４）

(注)１　介護等体験実施上、特に配慮を要する事項等については、備考に記入すること。

　　２　学年は、令和6年4月1日時点の学年を記入すること。

３　（別紙様式１）とともに、大学行事等に伴う介護等体験除外日程表及び介護等体験希望者個票を提出すること。