（別紙様式2）

　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉施設等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

令和6年度介護等体験受入計画書

介護等体験特例法に基づく介護等体験の社会福祉施設等受入調整事業実施要綱第9（1）により、介護等体験の実施に係る本施設の受入計画について、次のとおりお知らせします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設種別 |  | 市町村名 |  | 担当者（役職・氏名） |  |
| 住所 | 〒　　 － |
| TEL　　　　（　　　）　　　　　　 | FAX　　　　（　　　） |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 支店 | 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  | 口座名義人 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入予定期間 | 受入可能数 | 受入予定期間 | 受入可能数 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 |
| 令和　　年　　月　　日（　）～　　　　　　　月　　日（　） | 人 | 受入人数計 | 　　　　　人 |
| 《備考欄》※介護等体験受入における留意事項（必要な検査等）をご記入ください。 |

（記載例）※連続する5日間を単位として、受入れ可能数を記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 ６年 ６月 10日（月）～　　　　　６月 14日（金） | ３人 |