社会福祉施設等→長崎県社会福祉協議会

様式４

　　　　　令和　　年　　月　　日

長崎県社会福祉協議会　会長 様

施設名

施設長名 　 施設印

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者名： | TEL： |
| E-mail： |

Ａ.体験終了者（最終体験者の終了を待ち、全員分記入してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学生氏名 | 大学等名 | 体験期間（期間が分かれる場合は行を分けて記入） | 体験日数 | 備考（取消日数等） |
| 1 |  |   |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 2 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 3 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 4 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 5 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 6 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 7 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 8 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 9 |  |  |  月 日 ～ 月 日 | 　　　日間 |  |
| 10 |  |  | 月 日 ～ 月 日 | 日間 |  |
| 学　生　総　数　　　　　　　　人　 | 体　験　日　数　計 | 日間 |  |

Ｂ.体験費用振込口座　　　**※長崎市老施協所属施設は市老施協に振り込みますので記入不要です。**

　　　　　　　銀行　　　　　　　　　本店・支店　（　普　・　当　）口座番号

**ﾌﾘｶﾞﾅ**

口座名義

**（注）最終体験者の終了日から1週間以内に長崎県社協へ必ず郵便にて送付してください。**

**郵送の際は、アンケート（受入決定通知に同封）を添付ください（またはＷＥＢフォームで回答）。**