

平成31年度 職場体験事業実施要項

1 目的

介護の仕事に関心がある方を対象に、福祉・介護の仕事の魅力と実際の現場を知るための職場体験の機会を提供し、就労への意欲を喚起することを目的とする。

2 対象者

福祉・介護の仕事に関心がある方

3 期間

職場体験の申込期間は、平成31年4月2日から令和2年3月15日までとする。

職場体験の実施期間は、平成31年4月2日から令和2年3月31日までとする。

4 受入施設

茨城県内の高齢者福祉施設・事業所（以下「実施施設」という。）

5 受入人数

職場体験を希望する者（以下「申込者」という。）の受入人数は、予算の範囲内とする。

6 職場体験の内容

1日あたり6時間の10日間以内とし、別紙体験カリキュラムを基本に実施施設が作成した体験プログラムによる。

7 申込者の手続き方法

（1）申込者の参加費用は無料とする。ただし、次にかかる経費については申込者の負担とする。

ア 申込者の食費や被服費など

イ 細菌検査（検便）や健康診断等を求められた場合には、その際に発生する費用

ウ 体験場所への往復交通費

ただし、体験終了後、（6）により職場体験1日あたり500円相当のクオカードを支給する（中・高校生は、保護者宛に送付する。）

（2）申込者の職場体験にかかる賃金は無給とする。

（3）申込者は、希望体験内容等を記入した申込書（様式第1号）を、体験希望日まで2週間以上の余裕をもって本会あてに提出する。

（4）体験希望者が中学生又は高校生で、学校単位での申込みを行う際には、学校取りまとめ用申込書（様式第2号-1）に体験希望者全員の同意書（様式第2号-2）を添えて、本会あてに提出する。様式第2号-1により申し込む場合、様式第1号による申込書は

不要とする。

- (5) 本会は、申込者と実施施設との日程調整を行い、調整後、様式第3号により通知する。
- (6) 申込者は、体験終了後、速やかに終了報告書兼アンケート（様式第4号）により、本会に報告する。また学校単位での申込者は、学校担当者に提出のうえ、学校担当者がまとめて本会に報告する。
- (7) 本会は、終了報告書兼アンケートの内容を確認のうえ、体験に係る旅費の一部相当分として、職場体験1日あたり500円相当のクオカードを支給する。
- (8) 事業実施にあたって生じた申込者の傷害や事故については、(株)福祉保険サービス（全国社会福祉協議会）が扱う「ボランティア行事用保険」の範囲で補償する。
なお、ボランティア行事用保険は本会が加入することとし、申込者に費用負担は求めない。

8 実施施設の受入手続き方法

- (1) 茨城県社会福祉協議会（以下「本会」という。）は、申込者からの申込に基づき、実施施設と日程調整を行う。実施施設は、体験内容を受入内容確認書（様式第5号）により本会に通知する。
- (2) 本会は、申込者と実施施設との調整を行い、調整後、様式第6号により通知する。
- (3) 実施施設は、体験終了後速やかに実施結果報告書（様式第7号）により本会に報告する。
- (4) 本会は、実施結果報告書の内容を確認のうえ、実施施設の受入に要した経費として、職場体験受入1人につき1日あたり1、500円を実施施設の長に支払う。
なお、経費の支払い時期は、第1四半期分を7月に、第2四半期分を10月に、第3四半期分を1月に、第4四半期分を4月に支払うものとする。

9 個人情報

本事業において取得した個人情報は、本事業の運営及び茨城県福祉人材センターが実施する事業のみに利用することとし、「社会福祉法人茨城県社会福祉協議会個人情報保護規程」に基づき適正に管理する。

体験カリキュラム （記入例）

実施日	時間	内 容
7月8日（月）	9：00	集合 ① 施設概要について（30分） ② 施設見学（1時間） ③ 介護体験（4時間） （基本的な介護体験：各施設の実状に応じ、施設職員の指示により業務を体験する。） ・利用者との接し方 ・車椅子の操作、ベッドからの移乗 ・食事介助 ・トイレ介助 ・送迎援助の方法 ・散歩の付き添い、行事への参加などの交流 ・掃除、洗濯などの職員の補助業務 など
	16：00	④ 施設職員との意見交換（30分） ⑤ 終了
7月9日（火） ～ 7月11日（木）		1日目と同様
7月12日（金）	9：00	① 介護体験（5時間） 1日目に学習した内容を施設職員の指示により体験する。また、利用者への対応についても、施設職員の指示による。
	16：00	② 施設職員との意見交換（1時間） ③ 終了

様式第 1 号

平成 3 1 年度職場体験事業（個人用）申込書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

(フリガナ)		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
氏 名		年 齢	歳
住 所	〒		
電話番号		緊急時の連絡先	

平成 3 1 年度職場体験事業に参加したいので、以下のとおり申し込みます。

あてはまるものを○で囲んでください。

*一般（専門学校・短大・大学含む）学年： 年		*学生（中学・高校）学年： 年
福祉分野での 保有資格（該当 するもの全て）	・介護福祉士・介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー 2 級含む） ・社会福祉士・精神保健福祉士・その他（ ）・資格なし	
福祉・介護職歴の有無	有 ・ 無	
体験希望内容	希望地域	（ ） 県北 （ ） 県央 （ ） 鹿行 （ ） 県南 （ ） 県西 （ ） 不問 ※複数ある場合は希望順位を（ ） 内に記入 具体的な希望市町村又は事業所があれば記載 （ ）
	希望施設	※具体的に決まっていない場合は「デイサービス」「特別養護老人ホーム」等、希望分野を記入下さい。
希望期日		月 日（ ）～ 月 日（ ）までの 日間(10 日間以内)
就職意思	就職意思	有 ・ 無
	就職時期	有に○を記載した方のみ 就職希望時期 ・ 平成・令和 年 月頃
	就職形態	（ ） 正職員 （ ） 非常勤 （ ） パート

*注意）職場体験は無給です。

様式第2号－1

平成31年度職場体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

(ふりがな)		(ふりがな)	
学校名	学校		担当者名
			(職名)
連絡先	住所 〒		
	電話番号		F A X 番号

体験希望生徒人数 合計 名

	(ふりがな) 生徒氏名	学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①		年		
②		年		
③		年		
④		年		
⑤		年		

体験希望期間

①	月 日 () ～ 月 日 () までの () 日間
②	月 日 () ～ 月 日 () までの () 日間
③	月 日 () ～ 月 日 () までの () 日間
④	月 日 () ～ 月 日 () までの () 日間
⑤	月 日 () ～ 月 日 () までの () 日間

ご要望・ご意見

- *保護者からの同意書(様式第2号－2)を生徒全員分添付して下さい。
- *受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での体験が難しい場合がございます。
- *事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。
- *学校用取りまとめ申込み書を提出の際は、個人用(様式第1号)の提出は不要です。

様式第2号－2

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

同 意 書

生徒氏名 _____

上記の者が職場体験事業に参加することに同意します。

職場体験が終了し、「終了報告書兼アンケート」を提出した後に、体験1日あたり500円相当分のクオカードが体験者に支給されることを承諾します。

保護者氏名 _____ 印

住所

〒

緊急連絡先（保護者携帯番号等）

TEL _____

＊同意書に記入いただく住所は、郵便物が確実に届くよう、アパート・マンション名、部屋番号も省略せずにご記入ください。

様式第 3 号

茨社協第 号
平成 年 月 日

(申込者氏名) 様
(※申込者が中・高等学校の場合は学校長) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
事務局長 坂 本 達 保
<印章省略>

平成 3 1 年度職場体験事業の決定について (通知)

(申込年月日) 付けで申込があった職場体験事業につきましては、平成 3 1 年度職場体験事業実施要項第 7 の規定により、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

なお、諸事情により職場体験を辞退あるいは変更する場合は、事前に福祉人材・研修部 (電話 0 2 9 - 2 4 4 - 4 5 4 4) に連絡してください。

体験実施の詳細につきましては、受入内容確認書を添付しておりますが、不明な点があれば、受入施設にお問い合わせください。

記

- 1 体験期日 月 日 () ~ 月 日 ()
- 2 体験施設
(施設名)
(所在地)

※申込者が中・高等学校の場合は、体験者氏名をあわせて記載する

*職場体験事業受入内容確認書写しを添付

*職場体験事業参加における留意事項を添付します。

*終了報告書兼アンケートを添付します。

体験終了日ごとに事業所確認印をもらってください。

体験終了後、「終了報告書兼アンケート」を記入のうえ 1 週間以内に返送された方には 1 日あたり 5 0 0 円相当のクオカードをお送りします。

なお、学校を通じて申込まれた生徒についてのクオカードは、保護者あてに同意書記載の住所に送付します。

様式第4号

平成31年度職場体験事業 終了報告書兼アンケート

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 殿

平成・令和 年 月 日

氏名 _____

体験事業所名 _____

体験期間： 月 日（ ）～ 月 日（ ） 日間

体験日実施担当者確認印

/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

*1日の体験終了時に事業所担当者に押印してもらってください。
(担当者の個人印で可。)

*該当するものに○をつけてください。

今後福祉の仕事に

1 従事したい又は検討中 2 まだわからない 3 従事したいと思わない

*職場体験事業を知ったきっかけをお知らせください。

1 社会福祉協議会ホームページ 2 ハローワーク 3 学校
4 新聞等 5 ポスター (場所)
6 チラシ (場所) 7 その他 ()

*裏面の記入もお願いします

＊福祉の仕事を探す時に、重視することは何かお知らせください。

- 1 休みの取りやすさ 2 休みが多い 3 給料の金額
4 人間関係 5 自宅からの距離 6 施設の方針
7 キャリアデザイン 8 その他 ()

＊感想・疑問・質問等

※ご記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のホームページに掲載させていただくことがございます。

ホームページへの掲載について 承認する ☐ 承認しない ☐

＊福祉人材センターへの要望等

＊ご協力ありがとうございました。

体験終了後、一週間以内にご返送ください。確認が出来次第、体験 1 日あたり 500 円相当のクオカードをお送りします。

福祉の仕事に関するご相談等がございましたら、お気軽に茨城県福祉人材センター（TEL029-244-4544）にご連絡をください。

様式第 5 号

平成 3 1 年度職場体験事業 受入内容確認書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

施 設 名 _____

代表者職氏名 _____

下記のとおり職場体験事業の事業所として受入内容を通知します。

記

施 設 種 別					
所 在 地	〒				
担当者 職氏名	職名		氏名		
連 絡 先	電話：	()	F A X：	()	
初日の集合時間	：				
確 認 及 び 注 意 事 項	項目	内容			
	(1) 持ち物, 服装				
	(2) 健康診断	(要 ・ 不要)			
	(3) 細菌検査 (検便) (要の場合 : 体験開始の ____月以内の結果)	(要 ・ 不要)			
	赤痢	(要 ・ 不要)			
	サルモネラ	(要 ・ 不要)			
	O - 1 5 7	(要 ・ 不要)			
	(4) その他必要な検査	()			
参 加 者 が 負 担 す る 経 費	(1) 食事・弁当持参の可否 (可 ・ 否) ・施設の昼食を利用する場合 (円) (2) その他の経費 (円, 内容)				
交 通 手 段	電 車：	線	駅下車	徒歩	分
	バ ス：	行	停下車	徒歩	分
	自家用車： 駐車場の利用 (可 ・ 否)				
その他伝達事項					

様式第5号（別紙）

体験カリキュラム

施設名 _____

実施日	時間	内 容
月 日（ ）		
月 日（ ）		
月 日（ ）		

様式第 6 号

茨社協第 号
平成 年 月 日

(受入施設の長) 様

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
事務局長 坂 本 達 保
＜印章省略＞

平成 3 1 年度職場体験事業の決定について（通知）

平成 3 1 年度職場体験事業実施要項第 8 の規定により下記のとおり決定しましたので、お知らせします。

なお、諸事情により職場体験の受入れができなくなった場合は、事前に福祉人材・研修部（電話 0 2 9 - 2 4 4 - 4 5 4 4）に連絡をしてください。

また、体験実施の詳細につきましては、受入内容確認書を体験者あて送付しておりますが、伝達事項などあれば体験者に直接連絡をお願いいたします。

記

1 体験者氏名

2 体験期日 月 日（ ） ～ 月 日（ ）

＊対象者の職場体験事業申込書写しを添付

＊「平成 31 年度職場体験事業結果報告書兼請求書」（白紙）を同封しましたので、終了後に記載のうえ送付して下さい。

様式第7号

平成31年度職場体験事業実施結果報告書兼請求書

平成・令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 殿

施設名 _____

代表者名 _____ 印

本施設において、下記のとおり職場体験事業を実施したので報告します。
また、事業経費を下記のとおり請求します。

記

1 事業報告

体験人数 ① _____ 人 延実施日数 ② _____ 日

体験者

	氏 名	実 施 日	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	
6		月 日～ 月 日	
7		月 日～ 月 日	
8		月 日～ 月 日	
9		月 日～ 月 日	
10		月 日～ 月 日	

(1) 体験者の主な感想（福祉の職場に対する印象等について）

※ご記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のホームページに掲載させていただくことがございます。ホームページへの掲載について 承認する ☐ 承認しない ☐

(2) 施設側の感想（事業実施状況及び体験者受入の状況等について）

※ご記入いただいた感想につきましては、茨城県社会福祉協議会のホームページに掲載させていただくことがございます。ホームページへの掲載について 承認する ☐ 承認しない ☐

2 請求額

_____ 円（1, 500円×② _____ 日分）

3 振込先

請求額の受領方法 ☐ 口座振込払

金融機関コード・支店コード			
振込先金融機関		銀行・金庫	支店
振込 口座	預金種別	普通	当座 その他
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		