

令和4年度 職場体験事業実施要項

1 目的

福祉・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 実施期間

職場体験の受付期間は、令和4年4月4日から令和5年2月10日までとする。

職場体験の実施期間は、令和4年7月1日から令和5年2月28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、終了報告書兼アンケート（様式第4号）の提出により職場体験1日あたり500円相当のクオカードを支給する（申込時17才以下の方は、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3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）に申込時17才以下の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(様式第4号)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。なお、体験日から1月経ってもアンケートの提出が確認できない場合は辞退したものとみなす。
- (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)が取り扱う「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、体験内容を本会のホームページ内に設置される申込みフォーム又は受入内容確認書(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号により実施施設に通知する。
- (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3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。

令和4年度職場体験事業（個人用）申込書

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿



下記にご記入いただきFAXまたは郵送にて茨城県福祉人材センターへ提出してください。

茨城県福祉人材センター行（FAX029-244-4543）

〒310-8586 水戸市千波町1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階
社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会内 茨城県福祉人材センター

		申込日		令和	年	月	日
(フリカナ)				性別		男・女	
氏名				年齢		歳	
生年月日		昭和・平成		年		月 日	
住所		〒 ※郵便物が届くようにアパート・マンション名、部屋番号も省略せずに記入してください。					
連絡先		TEL・ 携帯電話			E-mail メールアド レス		
※学生の方が個人で 申込の場合は記入し てください		学校名			年生		
		緊急連絡先 保護者氏名			TEL	本人との関係	
参加動機		<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に興味・関心がある <input type="checkbox"/> その他					
体験を通して学びたいこと		<input type="checkbox"/> 施設の概要 <input type="checkbox"/> 仕事の内容 <input type="checkbox"/> 利用者について <input type="checkbox"/> その他 ()					
福祉・介護職歴の有無		有・無 年					
福祉分野での保有資格 (該当するもの全て)		<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級含む) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格なし					
体験希望内容	・希望地域 () 県北 () 県央 () 鹿行 () 県南 () 県西 ※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・希望分野があれば記入願います。 市町村名 () 希望分野 () ※デイサービス、特別養護老人ホーム等 ・別添『体験可能施設リスト』から施設を指定する場合は番号及び施設名を記入してください。 施設名(番号: / 施設名:)						
希望期日	月 日 () ~ 月 日 () までの 日間(10日間以内)						
就職意思	有・無		就職希望時期		令和 年 月 頃		
就職希望形態	<input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート						
誓約書	私は、体験期間中に知れた個人情報の秘密を外部に漏らさないこと、また、体験期間中は、施設の指示に従うことを誓約します。 署名(自筆)						
保護者の同意書 <small>(申込者が申込時17歳以下の場合は必ずご記入ください)</small>	私は、上記の者が、福祉・介護職場体験に参加することに同意します。 職場体験が終了し、「終了報告兼アンケート」を提出後に、体験一日にあたり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。(保護者様宛にお送りします)。 保護者氏名(自筆)						

●本申込書は(写)は茨城県福祉人材センターより受入施設へ提出しますので了承ください。

●本申込書に記載された内容は、福祉・介護職場体験に関するのみ利用します。

●詳しくは茨城県社会福祉協議会のホームページをご覧ください。

*注意) 職場体験は無給です。

※茨城県人材センター使用欄			
受付日	年	月	日
No. _____			

様式第2号-1

令和4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	FAX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)を申込時17才以下の生徒全員分添付してください。
- *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。
- *新型コロナウイルス感染状況により、変更・中止となる場合がありますので了承ください。

令和4年度職場体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

令和4年4月30日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな)	いばらきけんりつふくしこうとう			(ふりがな)	たなかよしみ
学校名	茨城県立 福祉高等 学校			担当者名	田中 義美
				(職名)	進路指導担当主任
連絡先	住所	〒310-8586 水戸市千波1918			
	電話番号	029-241-1133	FAX番号	029-244-4543	

体験希望生徒人数 合計 3 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	しのはら たかゆき 篠原 隆之	3 年	水戸市	水戸市
②	きっかわ まり 橘川 まり	3 年	ひたちなか市	ひたちなか市
③	おがきま けい 岡崎 圭	3 年	茨城町	茨城町・水戸市
④		年		
⑤		年		

体験期間

①	8月 1日(月)～ 8月 3日(水)までの(3)日間
②	8月 8日(月)～ 8月10日(水)までの(3)日間
③	8月24日(水)～ 8月26日(金)までの(3)日間
④	月 日()～ 月 日()までの()日間
⑤	月 日()～ 月 日()までの()日間

意見・要望

- *保護者からの同意書(様式第2号-2)を申込時17才以下の生徒全員分添付してください。
- *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。
- *新型コロナウイルス感染状況により、変更・中止となる場合がありますので了承ください。

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記入してください。

(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
常務理事兼事務局長 潮 田 勝 利

令和4年度職場体験事業の決定について（通知）

この度は、職場体験事業にお申し込みくださりまして、ありがとうございます。

さて、(申込年月日) 付けで申し込みがあった職場体験事業につきましては、令和4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。

記

- 1 体験期日 月 日 () ～ 月 日 ()
- 2 体験施設
(施設名)
(所在地)
- 3 体験内容
 - ・受入内容確認書・体験カリキュラムを確認してください。
 - ・不明な点は、受入施設に問い合わせしてください。
- 4 その他
 - (1) 諸事情による職場体験の辞退・変更は、体験期日前に当協議会福祉人材センターに連絡願います。
 - (2) 添付した資料
 - ①職場体験事業受入内容確認書写し
 - ②職場体験事業参加における留意事項
 - ③終了報告書兼アンケート体験日毎に事業所印を受領してください。
 - (3) 体験終了後1週間以内に「終了報告書兼アンケート」を提出してください。期日内に提出された方には、1日あたり500円相当のクオカードを進呈いたします。提出がない場合は放棄したものとさせていただきます。なお、申込時17才以下の方には、同意書記載の保護者あて送付いたします。

【問合わせ先】

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 茨城県福祉人材センター 担当：八木・鬼沢
電 話：029-244-4544 FAX：029-244-4543

様式第4号

令和4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会長 殿

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。

※茨城県人材センター使用欄			
受付日	年	月	日
No. _____			

令和 4 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会長 殿

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。

フリガナ		フリガナ	
施設・事業所名		法人名	
施設種別	※例) 特別養護老人ホーム		
フリガナ			
代表者職氏名	職	氏名	
フリガナ			
担当者職氏名	職	氏名	
フリガナ			
連絡先	〒		
	電話:	()	FAX: ()
	メールアドレス:	@	
受入対象	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生		
受入可能な月	<input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> R5.1月 <input type="checkbox"/> 2月		
受入可能な日数	日間 (10日間以内)		
受入可能な時間帯	: ~ :	初日の集合時間	:
一日の受入可能人数	人まで	土日祝日の受け入れ (受け入れ可能曜日に○)	土・日・祝日・すべて可
体験日についての 特記事項			
体験プログラムの概要			
体験カリキュラム	有 ・ 無 (体験日が決まり次第、御提出いただきます。)		

★次のページへ進んでください★

	項目	内容
確認及び 注意事項	(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 O-157	(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		

●本受入内容確認書は、茨城県福祉人材センターより体験申込者へお渡しいたします。御了承ください。

●本受入内容確認書に記載された内容は職場体験事業に関してのみ利用します。

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
令和 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
常務理事兼事務局長 潮 田 勝 利

令和 4 年度職場体験事業の決定について (通知)

本会の事業推進につきましては、日頃より御協力を賜り感謝申し上げます。
さて、本会で実施する職場体験事業につきまして、下記の者より実施申し込み
がありましたので、貴施設で体験のお受け入れをいただきたく、お願い申し上げ
ます。

記

1 体験者氏名

2 体験期日 月 日 () ~ 月 日 ()

3 体験内容

体験内容(受入内容確認書)を体験者あて送付しております。伝達事項があ
る場合は、体験者に直接連絡をお願いいたします。

4 その他

(1) 申込書の写しを添付します。

(2) 諸事情により体験受け入れが不可の場合は、期日前に茨城県福祉人材セン
ターに連絡願います。本会から体験者にその旨連絡いたします。

(3) 「令和 4 年度職場体験事業結果報告書兼請求書」(様式第 7 号)を同封いた
しましたので、終了後に記載のうえ提出をお願いいたします。

様式第7号

令和4年度職場体験事業実施結果報告書兼請求書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 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）

--

※御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できます。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）

--

※御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できます。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	預金種別	普通	当座 其他
	口座番号		
口座	フリガナ		
	口座名義		