

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	☐ 一般 ☐ 中学生 ☐ 高校生		
受入可能な月	☐ 7月 ☐ 8月 ☐ 9月 ☐ 10月 ☐ 11月 ☐ 12月 ☐ R5.1月 ☐ 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★

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-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（ ）		

体験カリキュラム （記入例）

実施日	時間	内 容
7月4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 ④ 施設職員との意見交換（30分）
	16：00	⑤ 終了
7月5日（火） ～ 7月7日（木）		1日目と同様
7月8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。 ② 施設職員との意見交換（1時間）
	16：00	③終了