

受入施設用

令和8年度

茨城県内における義務教育教員免許志願者
介護等体験実施の手続き

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会

茨城県内における義務教育教員免許志願者
介護等体験の概要

茨城県内における義務教育教員免許志願者介護等体験 概要

第1 趣旨

介護等体験は、「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律(平成9年法律第90号)により義務付けられている。この手引きでは、社会福祉施設等での体験に関し、必要な事項を定める。

第2 対象者

小学校及び中学校の教諭の普通免許状を取得しようとする18歳以上の者のうち、①又は②の学生とする。

- ① 茨城県内の大学等(大学・短期大学・専門学校)に在籍する学生
- ② 茨城県内に自宅(帰省先)のある、茨城県外の大学等に在籍する学生

第3 体験内容等

施設利用者の介護や介助、施設利用者や職員との交流等を、原則として続けて5日間体験する。

第4 対象施設

茨城県内の社会福祉施設その他省令で定める施設

第5 茨城県社会福祉協議会の業務

介護等体験が適切に行われるよう必要な措置を講ずる。

- ① 受入施設の調整と結果の通知
- ② 介護等体験費の精算 等

第6 大学等の業務

介護等体験が円滑に行われるよう配慮する。

- ① 対象学生の希望の取りまとめ、県社協へ体験申込書提出
- ② 介護等体験費の徴収
- ③ 介護等体験に関する事前指導 等

第7 受入施設の業務

介護等体験希望者に必要な協力を行う。

- ① 県社協へ受入計画書提出
- ② 受入学生の体験指導
- ③ 学生へ証明書交付、県社協へ報告書提出 等

第8 介護等体験費

5日間の体験で、学生1人あたり8,800円

※1日1人あたり1,760円 → 内訳：受入施設体験費 1,100円
県社協調整費 660円

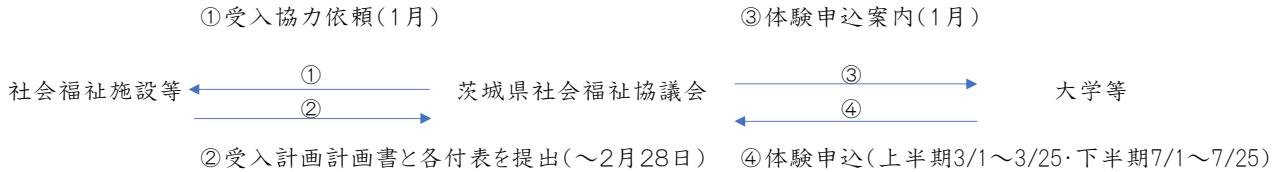
第9 個人情報の取り扱い

学生の個人情報は、介護等体験に係る業務以外では使用しない。

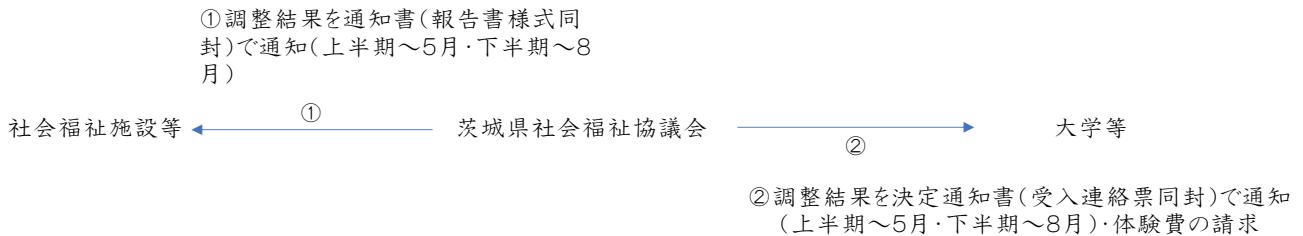
介護等體驗事務處理要領

介護等体験事務処理要領のポイント

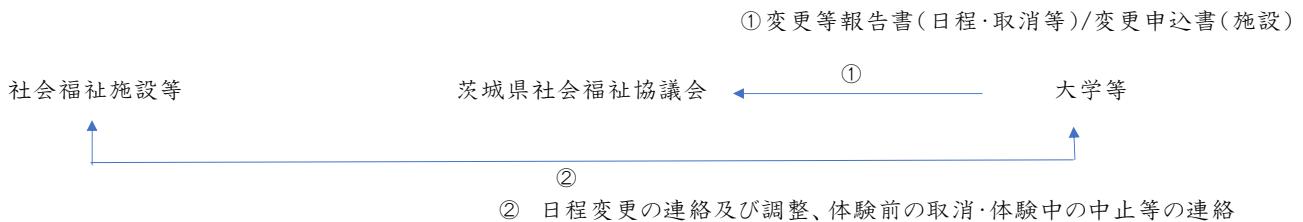
第1 介護等体験の受け入れと申し込み



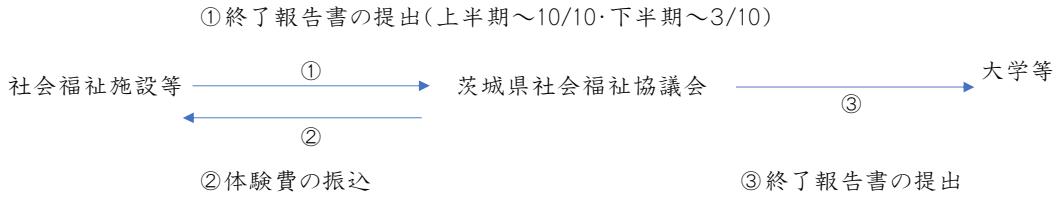
第2 介護等体験受入施設の調整



第4 介護等体験の変更等について



第6 介護等体験終了後



※ ポイントは要領の抜粋です。詳しくは次ページ以降でお確かめください。

介護等体験事務処理要領

第1 介護等体験の受け入れと申し込み

1 受入施設

介護等体験受入計画書(様式第1号。以下「計画書」という。)を作成し、前年度2月28日までに県社協に提出する。受入期間は原則として6月から翌年2月までとする。

また、介護等体験費振込指定口座の通帳のコピー(口座番号と口座名義が記載されている面)もあわせて提出してください。

2 大学等

学生の体験申込は、半期に分けて受け付ける。介護等体験申込書(様式第2号。以下「申込書」という。)を、半期ごとに、それぞれの提出期間中に、県社協に提出する。

また、介護等体験費返金先指定口座の通帳のコピー(口座番号と口座名義が記載されている面)もあわせて提出してください。

半期	体験希望期間	申込書提出期間
上	6月～9月	3月1日～3月25日
下	10月～翌年2月	7月1日～7月25日

なお、申し込みは、原則として大学等の全学部を一括して行う(学部が複数の地区にまたがっている場合等を除く)。

第2 介護等体験受入施設の調整

1 県社協

(1) 計画書及び申込書に基づき、必要な調査等を行い、学生の介護等体験受入施設を調整する。調整は、

①希望期間②希望地域(市町村)③希望受入施設種別の順に優先する。

(2) 調整結果を、受入施設には介護等体験受入決定通知書(様式第3号)により、また、大学等には、介護等体験受入決定通知書(様式第4号)により、半期ごとに通知する。

第3 介護等体験実施前に

1 大学等

(1) 学生から介護等体験費を徴収し、決定通知書(様式第4号)に同封した「介護等体験受入決定通知書の送付について」記載の期限までに県社協の指定口座に振り込む。

なお、介護等体験実施中における、受入施設での食事代及び受入施設までの交通費については、介護等体験費に含まれません。

振込金額は、決定通知書(様式第4号)に同封した「介護等体験費について」記載の金額とする。

(2) 介護等体験の制度について、必ず事前指導を行う。また、決定通知書(様式第4号)に同封した介護等体験受入連絡票(様式第1号付表 1-1。以下「連絡票」という。)に記載の通り、必要に応じて施設を事前訪問したり、各種提出物を準備したりするよう、学生を指導する(注意事項 参照)。

(3) 体験中に想定される事故に備えて保険に加入する。

2 受入施設

(1) 介護等体験の内容は「介護等体験の内容等」を参考とする。

(2) 連絡票(様式第1号付表 1-1)で求めた提出物を、学生が提出しない場合は、介護等体験の受け入れを拒否することができる。

第4 介護等体験の変更等について

(1) 決定通知書(様式第4号)発送後、体験実施前までに、やむを得ず申込を取り消す(報告書「取消し」)、又は日程の変更を希望する場合は、原則として大学等及び受入施設との間で連絡を取り合い、必要に応じて協議した上で、大学等で、介護等体験変更等報告書(様式第6号。以下「変更等報告書」という)を作成し、県社協に提出する。

(2) やむを得ず学生の受入施設の変更を希望する場合、大学等は介護等体験変更申込書(様式第7号)の提出をもって、すみやかに県社協に依頼する。

このとき、当初の受入施設での体験取り消しは、大学等が受入施設の担当者に連絡する。

県社協は、変更申込書に基づき、必要な調査を行った上で、他の受入施設を調整し、新たな受入施設及び大学等各々に決定通知書を送付する。

(3) 決定された体験を、やむを得ず次年度に繰り越す場合は、第1-2の通り行う。

第5 介護等体験中に

(1) 体験期間中にやむを得ず日程変更する場合、第4(1)と同様に対応する。

(2) 学生が、体験実施中に非行に及んだと認められるとき、受入施設はただちに介護等体験を中止させ、学生の退去を命じることができる。

第6 介護等体験終了後

1 受入施設

(1) 介護等体験が終了したときは、証明書(様式第9号)の「期間」「施設名及び住所」「体験の概要」「施設の長及び印」に必要な事項を記載するとともに、施設長公印を押した上で、介護等体験の最終日、学生に交付する。第5(2)により介護等体験が中止された場合、証明書は交付しない。

(2) 介護等体験が行われた半期を単位とする介護等体験終了報告書(様式第10号。以下「報告書」という。)を作成し、県社協に提出する。受入決定があったすべての学生について、体験の実施状況を報告する。報告書には、施設長名を記入し、施設長の公印を押す。

なお、報告書の様式は、受入学生の決定通知書(様式第3号)に同封する。

半期	体験期間	報告書提出期限
上	6月～9月	10月10日
下	10月～翌年2月	翌年3月10日

2 県社協

報告書(様式第10号)をもとに、介護等体験費の一部(受入施設体験費)を、受入施設に支払うとともに、介護等体験終了報告書(様式第11号)を作成して、大学等に提出する。

なお、決定通知書(様式第4号)発送後、体験の申し込みを取り消したり、途中で体験を中止したりした学生の介護等体験費については、体験を実施しなかった日数に応じて、県社協調整費を差し引いた上で、年度末に一括して大学等に返戻する。体験が中止となった当日は、体験を実施した日とみなす。

3 大学等

(1) 証明書(様式第9号)は、大学等又は学生自身が用意し、受入施設に持参する。

学生自身が記載するのは証明書の右肩「本籍地」(都道府県のみ)「氏名」「年月日生」(生年月日)のみとする。

(2) 学生が証明書の再交付を求めた場合は、受入施設に再交付を依頼する。

第7 管理運営

1 受入施設

(1) 受入施設は、報告書(様式第10号)の原議書を、介護等体験が実施された当該年度終了後10年間保管し、証明書(様式第9号)の再交付依頼があった場合にはできるだけ対応する。

(2) 県社協から払い込まれた介護等体験費は、事業所ごとに処理し、歳入科目については(大区分)雑収入(中区分)雑収入とする。

2 県社協

(1) 大学等の代表者及び受入施設種別の代表者との連絡会議を開催するほか、必要に応じて関係者による会議を開催し、介護等体験の円滑な運営に努める。

(2) 介護等体験に係る関係書類を関係規定に基づき保管する。

報告書(様式第10号)は、介護等体験が実施された当該年度終了後10年間保管する。

第8 その他

(1) 本事業に関して得た個人情報は、介護等体験の目的以外には使用しない。

介護等体験の内容等

1 介護等体験の時間

日帰りを原則とし、1日当たりの時間は受入施設の職員の通常の業務量、介護等体験の内容等を総合的に勘案しつつ、概ね5～6時間程度とする。

2 介護等体験の内容

学生の希望や受入施設の事情に応じ、次に例示するような無理のないものとする。なお、受入施設の敷地外で受入施設が主催する行事等についても、介護等体験の範囲に含むものとする。

- (1)高齢者、障害者等に対する介護、介助
- (2)高齢者、障害者等の話し相手
- (3)散歩の付添いなど利用者との交流等の体験
- (4)レクリエーションや運動会等の行事の補助等
- (5)掃除や洗濯といった、高齢者、障害者等と直接接するわけではないが、受入施設の職員に必要とされる業務の補助等

3 介護等体験の実施日程(例示)

	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目
10:00	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション
11:00	施設案内	生活介助 体験	生活介助 体験	生活介助 体験	生活介助 体験
12:00	生活介助 体験				
13:00					
14:00	レクリエーション、 サークル活動への 支援	レクリエーション、 サークル活動への 支援	レクリエーション、 サークル活動への 支援	レクリエーション、 サークル活動への 支援	レクリエーション、 サークル活動への 支援
15:00					
16:00	生活介助 体験	生活介助 体験	生活介助 体験	生活介助 体験	総括(学生と 職員の懇談)・ 証明書の 交付
	総括	総括	総括	総括	

◎ オリエンテーション

・施設概要の説明(施設パンフレット、体験心得、スケジュール表等の資料配布)

・施設内における基本的マナーの説明(例. 利用者のプライバシーの尊重について、利用者的心とからだについて等)

・介護機器の取扱い

・体験日程の説明

◎ 施設内の案内

・施設案内(全館)

◎ 生活介助体験

・介助(移動介助、身辺介助、食事介助、入浴脱着介助等)

・車イスの移動等介助(食堂、レクリエーション室、トイレ、外出等)

・話し相手

・散歩、病院等への付添い

・掃除、洗濯

◎ レクリエーション、サークル活動への支援

・サークル活動への支援

・運動会、文化祭等行事の支援(例. 用具の準備、必要な材料の購入、活動時の作業や移動の補助、声かけ、片付け、清掃)

◎ 総括

・施設長等と学生との意見交換等。

・最終日は証明書への記入・押印などを含む。

介護等体験事務処理要領における注意事項

介護等体験事務処理要領における注意事項

学生の申し込みについて【要領第1－2】

- (1) 介護等体験においては、全国の都道府県社会福祉協議会が、大学等と受入施設の調整役を担っています。
大学等又は学生が個々に受入施設に介護等体験を申し込むことはご遠慮ください。もし施設に直接申し込みがあった場合は、県社協にご連絡ください。
- (2) 半期あたり概ね10人以上の体験申込がある場合は、Excel(Microsoft)を使用したデータファイル作成にご協力をお願いします。詳しくは「申込者情報 Excel(Microsoft)データ作成について」で説明します。

体験前の指導について【要領第3－1(2)】

- (1) 大学等の事前指導では、介護等体験の目的や意義、社会福祉施設の概要、介護等体験の心構え等を学生に指導してください。また、学生にとって有意義な体験となるよう、体験前にオリエンテーションを行うなど施設のご協力もお願いします。
- (2) 決定通知書に同封する連絡票(様式第1号付表 1-1)には、学生が体験を行う施設に関する基本情報と、施設からの要望事項が記載されています。必要枚数の写しを取って学生に配布するとともに、連絡票の各項目について備えるよう学生に指示してください。また、事前訪問の要不要にかかわらず、連絡票に記載の担当者に早めに電話連絡し、体験日程・内容等の確認を行うよう指示してください。施設は、学生からの問い合わせに対応してください。
- なお、腸内細菌検査(検便)については県内各保健所か、茨城県総合健診協会(TEL 029-241-0011)または茨城県メディカルセンター(TEL 029-243-1113)にお問い合わせください。
- (3) 介護等体験学生個人票(様式第5号)を作成し、連絡票(様式第1号付表 1-1)の期限に合わせて、学生自身が受入施設に提出するよう指示してください。施設は、個人票を参考に体験内容の計画に役立ててください。
- (4) 体験中の食事代、体験施設までの交通費は、学生の自己負担となります。

体験の変更等について【要領第4】

- (1) 体験予定日や受入施設の変更は、安易に行わないでください。
- やむを得ない事情として認められる変更理由の例
「病気・事故」「休学・退学」「仕事の都合(勤労学生の場合)」「大学等の試験」「特別支援学校での介護等体験との重複」
- (2) 日程変更や受入施設の変更が、施設側の都合(施設内で感染症患者が出た等)であっても、変更等報告書(様式第6号)や変更申込書(様式第7号)は、大学等から県社協に提出してください。

い。

体験費について【要領第6-2】

(1) 決定通知書送付前に体験取り消しの申し出があった場合は、介護等体験費はいただけません。

(2) 決定通知送付後の取り消しや中止は、県社協調整費をいただきます。

例 ① 1人の学生が、決定通知後に体験を5日間とも取り消した場合

→8,800円の介護等体験費のうち、県社協調整費3,300円を差し引いた残り5,500円(受入施設体験費)を、年度末、大学等に返戻

② 1人の学生が、体験3日目で、体験を中止することになった場合

→8,800円の介護等体験費のうち、3,300円(受入施設体験費)を受入施設に支払った上で、県社協調整費3,300円を差し引いた残り2,200円を、年度末、大学等に返戻

証明書の再交付について【要領第6-3(2)】

当該年度終了から10年間は、施設では介護等体験終了報告書の原議書を、県社協では受入施設から提出された報告書をそれぞれ保管しておくことになっています。

文書が残っていれば、受入施設で証明書を再交付できる可能性はありますが、原則として、介護等体験の証明書は、学生自身が大切に保管するよう指導してください。

《介護等体験テキストブック》

本会作成の「介護等体験テキストブック」(有償)を介護等体験の参考にしてください。
証明書(様式第9号)の様式も綴じまれていますので活用してください。

購入のお申し込みは、茨城県社会福祉協議会ホームページ(施設・利用者支援→介護等体験事業のご案内→介護等体験テキストブックについて)から手続きできます。

様 式

- ・別表1 種別コード表
- ・別表2 地域(市町村)コード表

令和8年度版

様式第1号

(受入施設→県社協)

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 御中

「介護等体験受入計画書」

※ 県社協記入

※ 地域 コード						※ 受入施設 コード							
-------------	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--

種別名	(主たる事業を「別表1 種別コード表」から1つだけ選び「略記」で記入してください)		
施設名			
所在地 (連絡先)	〒 _____ _____ TEL _____ FAX _____ E-mail _____		
	担当者名 _____		

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」(年度)
における受入計画について、下記により報告します。

A 総括表

受入可能学生総数 人(上半期) 人(下半期)

B 添付書類

- (1) 介護等体験受入連絡票(付表1-1)
- (2) 介護等体験受入計画表(付表1-2)

C 介護等体験費振込指定口座

フリガナ	フリガナ	□ 普通 □ 当座	口座番号
銀 行 信用金庫 信用組合	店		フリガナ
金融機関コード	支店コード		口座名義

※ 期間中に口座を変更した場合はご連絡ください。

※ 指定口座の預金の種類「普通」「当座」いずれかにチェックを入れてください。

介護等体験受入連絡票

(設立・運営／□公設公営・□公設民営・□民設民営)

施設コード	※(県社協記入欄)
-------	-----------

種別名 (種別コード)	()	施設名	ふりがな()		
所在地	〒 -				
TEL	- - -		FAX	- - -	
E-mail					
ホームページ(URL)	http://www.				
交通経路	<input type="checkbox"/> 鉄道 最寄駅 線 駅下車 <input type="checkbox"/> バス 「 」発「 」行乗車「 」バス停下車 <input type="checkbox"/> 徒歩 分 (から 施設まで) <input type="checkbox"/> 自家用車・バイクでの通所可 (※可能な交通手段を○で囲んでください。)				
施設長名	ふりがな()	担当者名	ふりがな()		

持参するもの	<input type="checkbox"/> 着替え(動きやすい服装)		<input type="checkbox"/> 上履き	<input type="checkbox"/> ジャージ	
	<input type="checkbox"/> Tシャツ・短パン	<input type="checkbox"/> 運動靴	<input type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> タオル	
	<input type="checkbox"/> 三角巾	<input type="checkbox"/> 名札	<input type="checkbox"/> 湯呑	<input type="checkbox"/> 箸	
	<input type="checkbox"/> 筆記用具	<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> 印鑑		
	<input type="checkbox"/> その他注意事項[]				
食事	<input type="checkbox"/> 各自持参する <input type="checkbox"/> 施設で提供する <input type="checkbox"/> 希望があれば施設で提供する *(1食_____円) *食事の事前予約 <input type="checkbox"/> 要(体験の_____日前までに申込むこと) <input type="checkbox"/> 不要 *キャンセルの場合は体験の_____日前までに連絡すること				
	<input type="checkbox"/> 普段の服装	<input type="checkbox"/> スーツ等	<input type="checkbox"/> その他[]		
	<input type="checkbox"/> 体験の_____日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出				
健康診断書	<input type="checkbox"/> 要(学校の健診結果の写し) ➡ <input type="checkbox"/> 体験の_____日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 不要				
	<input type="checkbox"/> 要(学校の健診結果の写し) ➡ <input type="checkbox"/> 体験の_____日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 不要				
胸部X線検査 (検便)	<input type="checkbox"/> 要 (体験の_____ヶ月以内に検査したものに限る.) <input type="checkbox"/> 不要 ➡ 必要な検査項目(該当項目を○で囲むか書き込んでください。 赤痢・サルモネラ・O-157・その他[] *体験の_____日前までに提出すること				
	<input type="checkbox"/> 要 (体験の_____ヶ月以内に検査したものに限る.) <input type="checkbox"/> 不要 ➡ 必要な検査項目(該当項目を○で囲むか書き込んでください。 赤痢・サルモネラ・O-157・その他[] *体験の_____日前までに提出すること				
体験時間	____時____分～____時____分 *但し初日は____時____分までに来ること				
事前訪問	<input type="checkbox"/> 要 *電話連絡後、体験の_____日前までに訪問すること <input type="checkbox"/> 不要				
予防接種	<input type="checkbox"/> 要 ⇒ <input type="checkbox"/> インフルエンザ(体験期間が_____月～_____月の方) <input type="checkbox"/> その他新型コロナなど必要な接種項目(括弧の中に書き込んでください) <input type="checkbox"/> 不要 []				
介護等体験の内容(予定)					
連絡事項					

※記入例を参考に記入してください。

介護等体験受入連絡票(記入例)

(設立・運営／□公設公営・☑ 公設民営・□民設民営)

種別名 (種別コード)	特別養護老人ホーム (0203)			施設名	ふりがな (いばらきふくしん) 茨城福祉園	
所在地	〒310-0815 水戸市千波町 1918 茨城福祉センター内					
TEL	029-241-1133		FAX	029-244-4543		
E-mail	hukusien@fukushi-net.jp ※業務に使用しているアドレスを記入してください					
ホームページ(URL)	http://www.fukushi.com					
交通経路	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄道 最寄駅 JR 常磐線 水戸駅下車 <input checked="" type="checkbox"/> バス 「水戸駅」発「石岡」行乗車「茨城福祉センター前」バス停下車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 10 分 (茨城福祉センター前バス停から施設まで) <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車・バイクでの通所可 (※可能な交通手段を○で囲んでください。)					
施設長名	ふりがな(いばらき まさと) 茨城 優斗	担当者名	ふりがな(ふくし ともき) 福祉 知樹			

持参するもの	<input type="checkbox"/> 着替え(動きやすい服装)		<input checked="" type="checkbox"/> 上履き	<input type="checkbox"/> ジャージ		
	<input type="checkbox"/> Tシャツ・短パン		<input checked="" type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> タオル		
	<input type="checkbox"/> 三角巾		<input type="checkbox"/> 名札	<input type="checkbox"/> 湯呑	<input type="checkbox"/> 箸	
	<input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具		<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> 印鑑		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他注意事項 [上履きは、スニーカー等かかとのある靴で]					
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 各自持参する <input type="checkbox"/> 施設で提供する <input type="checkbox"/> 希望があれば施設で提供する *(1食 _____ 円) *食事の事前予約 <input type="checkbox"/> 要(体験の _____ 日前までに申込むこと) <input type="checkbox"/> 不要 *キャンセルの場合は体験の _____ 日前までに連絡すること					
	<input checked="" type="checkbox"/> 普段の服装 <input type="checkbox"/> スーツ等 <input type="checkbox"/> その他 []					
介護等体験学生個人票						
健康診断書	<input checked="" type="checkbox"/> 要(学校の健診結果写し) <input type="checkbox"/> 体験の _____ 日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 不要					
	<input type="checkbox"/> 要(学校の健診結果写し) <input type="checkbox"/> 体験の _____ 日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input checked="" type="checkbox"/> 不要					
胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 要(学校の健診結果写し) <input type="checkbox"/> 体験の _____ 日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input checked="" type="checkbox"/> 不要					
	<input checked="" type="checkbox"/> 要 (体験の <u>1</u> ヶ月以内に検査したものに限る。) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要な検査項目(該当項目を○で囲むか書き込んでください。) 赤痢 サルモネラ O-157 その他 [] *体験の <u>7</u> 日前までに提出すること					
体験時間						
<u>8</u> 時 <u>30</u> 分 ~ <u>16</u> 時 <u>00</u> 分 *但し初日は <u>8</u> 時 <u>00</u> 分までに来ること						
事前訪問						
<input checked="" type="checkbox"/> 要 * 電話連絡後、体験の <u>7</u> 日前までに訪問すること <input type="checkbox"/> 不要						
予防接種						
<input type="checkbox"/> 要 ⇒ <input type="checkbox"/> インフルエンザ(体験期間が _____ 月～ _____ 月の方) <input type="checkbox"/> その他新型コロナなど必要な接種項目(括弧の中に書き込んでください) <input checked="" type="checkbox"/> 不要 []						
介護等体験の内容(予定)						
施設内の清掃、レクリエーションの手伝い、食事の配膳ほか						
連絡事項						
個人票などは、事前訪問時に提出すること。 体験前は体調管理に十分気をつけ、体験時、施設内ではマスクを着用すること。						

付表1-2

介護等体験受入計画表(上半期)

種別名
(略記) :

施設名:

令和8年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	
6月																															
令和8年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金
7月																															
令和8年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月
8月																															
令和8年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
9月																															
備考																															

- 種別名には、「別表1 種別コード表」の「略記」をご記入ください。
- カレンダーに受入可能期間及びその期間の受入可能人数をご記入ください。
受け入れ期間は連続する5日間を原則としますが、この限りではありません。休業日は斜線を引いてください。
- 特記事項があれば、備考にご記入ください。

(記入例)

○	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
月															

← (2人) → ← (1人) →

備考	(例)日曜日は定休／行事期間は準備支援														
----	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

付表1-2

介護等体験受入計画表(下半期)

種別名 (略記)

施設名：

- 種別名には、「別表1 種別コード表」の「略記」をご記入ください。
 - カレンダーに受入可能期間及びその期間の受入可能人数をご記入ください。
受け入れ期間は連続する5日間を原則としますが、この限りではありません。休業日は斜線を引いてください。
 - 特記事項があれば、備考にご記入ください。

(記入例)

令和8年度版

様式第2号

(大学等→県社協)

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 御中

「介護等体験申込書」

大学等名	
所在地 (連絡先)	〒 _____ TEL _____ FAX _____ E-mail _____ 担当部署 _____ 担当者名 _____

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」(令和8年度
半期分)について、下記により申し込みます。

A 総括表

申込学生総数 人

B 添付書類

- (1) 介護等体験申込学生一覧(付表2-1)
- (2) 介護等体験申込書(付表2-2)

C 介護等体験費返金先指定口座

フリガナ	フリガナ	□ 普通 □ 当座	口座番号	
銀 行 信用金庫 信用組合	店		フリガナ	
金融機関コード	支店コード		口座名義	

※ 期間中に口座を変更した場合はご連絡ください。

※ 指定口座の預金の種類「普通」「当座」いずれかにチェックを入れてください。

付表2-1

令和8年度版

介護等体験申込学生一覧（ 年度 半期分）

大学等名：

番号		氏名	生年月日	住所	期	介護等体験	希望別	内容	※受入施設	※介護等体験実施期間	枚目
					期間	日数	種	別	地域		
記入例	福祉英一	○○○○年○○月○○日	水戸市千波町1918		① 9月10日～9月14日 ② 7月7日～7月11日	5	①老人デイ ②児童養護	①水戸市 ②日立市			
1					①月 日～月 日 ②月 日～月 日						
2					①月 日～月 日 ②月 日～月 日						
3					①月 日～月 日 ②月 日～月 日						
4					①月 日～月 日 ②月 日～月 日						
5					①月 日～月 日 ②月 日～月 日						

(備考)

- 記入例を参考に記入してください。「種別」と「地域」はセルのブルダグンで選択してください。
- 介護等体験希望内容欄の期間・日数・種別・地域は、介護等体験申込書(付表2-2)の「5 希望内容」を反映させてください。
- ※欄は記入しないでください。

令和8年度版

付表2-2

(学生用)

大学等名	
※ 整理番号	

※ 整理番号欄は県社協で記入

「介護等体験申込書」

1 学生氏名

フリガナ

2 生年月日

生 日 月 年

3 性別

1.男 2.女

4 住所

三

A subtraction diagram consisting of two groups of vertical bars. The first group, on the left, contains four vertical bars and a minus sign (-). The second group, on the right, contains five vertical bars.

TEI

5 希望内容

(1) 期間及び日数

	体験可能期間	日数
①	月 日()～月 日()	日
②	月 日()～月 日()	日

(2) 種別

	コード	略記
①		
②		

(別表1参照)

(3) 地域

	コード	市町村名
①		
②		

(別表2参照)

(4)備考(希望内容等特記事項:体験が無理な期間等)

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

〔記入に当たって〕

太枠内の項目について以下の点に留意し、必ず全ての項目を記入してください。

1 学生氏名

(1) 楷書で、はっきりとご記入ください。姓・名の間は、1マス空けてください。

山	田		太	郎	
---	---	--	---	---	--

(2) フリガナの姓・名の間は、1マス空けてご記入ください。濁点も同じマスの中に記入してください。

<input type="radio"/> ヤ	マ	ダ		<input type="radio"/> ヤ	マ	タ	゛
-------------------------	---	---	--	-------------------------	---	---	---

2 生年月日

(1) 生年は西暦で記入してください。

(2) 月日が一桁の場合、最初に「0」を記入してください。

<input type="radio"/> 0	4	月	0	7	日	<input type="radio"/> 0	4	月	0	7	日
-------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------	---	---	---	---	---

3 性別

該当する数字を記入してください。

4 住所

(1) 茨城県内に所在する大学等の学生の場合、住所は体験時にいる予定の居住地（体験を県内の実家等から行う場合は実家等の住所）、電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

(2) 茨城県外に所在する大学等の学生の場合、住所は帰省先、電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

(3) 住所は、楷書で都道府県名から記入してください。番地等二桁の数字は、一桁ずつ、マスの中に記入してください。

<input type="radio"/> 8	-	1	5	<input type="radio"/> 8	-	15
-------------------------	---	---	---	-------------------------	---	----

(4) 電話番号は、市外局番、局番の間にハイフン(ー)を記入してください。

5 希望内容(それぞれの希望を2つあげてください。)

(1) 期間は、同一半期内の連続する5日間を原則とします。

(2) 種別は、別表1を参照のうえ、種別コード及び種別の「略記」を2種類記入してください。

(3) 地域は、別表2を参照のうえ、市町村コード及び市町村名を2種類記入してください。

(4) 学校行事等で体験できない期間がある等、特記事項は備考欄に記入してください。

6 その他

希望内容と受入施設の受け入れ状況が合致しない場合、再調整をすることがあります。

別表1

「種別コード表」

種別コード	略記	種別名
0101	救護	救護施設
0201	養護老人	養護老人ホーム
0202	軽費老人	軽費老人ホーム
0203	特養	特別養護老人ホーム
0210	老人デイ	老人デイサービスセンター
0907	有料老人	有料老人ホーム
3000	老健	介護老人保健施設
0502	乳児	乳児院
0503	母子	母子生活支援施設
0505	児童養護	児童養護施設
0519	児童心理	児童心理治療施設
0520	障害児通所	障害児通所支援
0521	障害児入所	障害児入所支援
0701	障害者支援施設	障害者支援施設
0703	支援センター	地域活動支援センター
0720	障害福祉サービス	障害福祉サービス事業

※ 文部科学省の省令に基づく対象施設は、上記種別のほかにもあります。

上記種別に該当しない施設のかたは、お問い合わせください(茨城県社会福祉協議会
福祉事業部 介護等体験担当 TEL 029-244-3147)。

別表2

「地域(市町村)コード表」

コード	市名	コード	町村名
08201	水戸市	08302	茨城町
08202	日立市	08309	大洗町
08203	土浦市	08310	城里町
08204	古河市	08341	東海村
08205	石岡市	08364	大子町
08207	結城市	08442	美浦村
08208	龍ヶ崎市	08443	阿見町
08210	下妻市	08447	河内町
08211	常総市	08521	八千代町
08212	常陸太田市	08542	五霞町
08214	高萩市	08546	境町
08215	北茨城市	08564	利根町
08216	笠間市		
08217	取手市		
08219	牛久市		
08220	つくば市		
08221	ひたちなか市		
08222	鹿嶋市		
08223	潮来市		
08224	守谷市		
08225	常陸大宮市		
08226	那珂市		
08227	坂東市		
08228	稻敷市		
08229	筑西市		
08230	かすみがうら市		
08231	神栖市		
08232	行方市		
08233	桜川市		
08234	鉾田市		
08235	つくばみらい市		
08236	小美玉市		

年 月 日

受入施設名 _____ 御中

茨城県社会福祉協議会事務局長

「介護等体験受入決定通知書」

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

記

A. 総括表

決定学生数	人
-------	---

B. 体験決定者

	学生 氏 名	生年月日	年 月 日	性別
1	学生 住 所	〒 - TEL _____		
	体 験 期 間	月 日 ~ 月 日(第 週)		
	大 学 等 名			
	大学等所在地	〒 - TEL _____ 担当者名 _____ FAX _____		
	備 考			
2	学生 氏 名	生年月日	年 月 日	性別
	学生 住 所	〒 - TEL _____		
	体 験 期 間	月 日 ~ 月 日(第 週)		
	大 学 等 名			
	大学等所在地	〒 - TEL _____ 担当者名 _____ FAX _____		
	備 考			

年 月 日

大学等名 _____ 御中

茨城県社会福祉協議会事務局長

「介護等体験受入決定通知書」

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

記

A. 総括表

決定学生数	人
-------	---

B. 体験決定者

1	学生氏名	生年月日	年 月 日	性別	
	学 生 住 所	〒 -	<u>TEL</u>		
	体 験 期 間	月 日 ~ 月 日(第 週)			
	受 入 施 設 名	種別		施設長	
	施 設 所 在 地	〒 -	<u>TEL</u>		
		担当者名	<u>FAX</u>		
	備 考				
2	学生氏名	生年月日	年 月 日	性別	
	学 生 住 所	〒 -	<u>TEL</u>		
	体 験 期 間	月 日 ~ 月 日(第 週)			
	受 入 施 設 名	種別		施設長	
	施 設 所 在 地	〒 -	<u>TEL</u>		
		担当者名	<u>FAX</u>		
	備 考				

介護等体験学生個人票

写真添付

体験施設名	
体験予定日	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)

4cm×3cm

学 校 名	学部・学科名	学年	学籍番号
		年	
学校住所	連絡先	担当教員名	事務担当者名
〒	TEL		
氏 名	生年月日	性別	本籍地(都道府県名)
ふりがな()	年 月 日 (歳)	男・女	

現住所	〒 TEL: FAX:
緊急時の連絡先	TEL: FAX:
体験中の住所 (現住所と異なる場合)	〒 TEL: FAX:
所属サークル・部活動・趣味、 特技、資格、関心のあること 等	
社会福祉施設等の見学 ボランティア活動の経験 等	<input type="checkbox"/> 有 内容: <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"></div> <input type="checkbox"/> 無
介護等体験で学びたいこと、 抱負、体験内容に関する希望 等	
保険への加入状況	<input type="checkbox"/> 公財)日本国際教育支援協会の [学研災・学研災付帯賠償責任保険 A/B] <input type="checkbox"/> その他の保険 [] <input type="checkbox"/> 加入していない
体験期間中の昼食について	希望をすれば施設で昼食の提供を受けられる場合 <input type="checkbox"/> 提供を希望する <input type="checkbox"/> 提供を希望しない
施設までの交通手段	<input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他[]

様式第6号

(大学等→県社協)

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 御中

「介護等体験変更等報告書」

大学等名	
所在地 (連絡先)	〒 _____ _____ TEL _____
	担当者名 _____ FAX _____

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」(令和8年度

半期既決定分)について、下記により変更等の報告をします。

記

	学生氏名	既決定内容		変更等の内容(該当する項目に○をつける)
1		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
2		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
3		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
4		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
5		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
6		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
7		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	
8		受入施設		中止 取消し 変更(月 日～月 日)
		期間	月 日～月 日	

令和8年度版

様式第7号

(大学等→県社協)

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 御中

「介護等体験変更申込書」

大学等名		
所在 (連絡先)	〒	-

	TEL	_____
担当者名	FAX	

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」(令和8年度
半期既決定分)について、下記により変更を申し込みます。

記

学生氏名		生年月日	年 月 日	性別		
学生住所	〒	- TEL _____				
希望内容	(1) 期間及び日数					
		体験可能期間		日 数		
	①	月 日()	～	月 日()	日	
	②	月 日()	～	月 日()	日	
(2) 種別	(3) 地域					
		コード	略記		コード	市町村名
	①			①		
	②			②		
既決定内容	(1) 期間及び日数 月 日()～月 日(), 日 (2) 施設名					

(備考)

希望内容は、様式第2号付表2-2の「記入に当たって」によりご記入ください。

様式第8号は 欠番となっております。

以下は様式第9号 証明書に関する注意事項です。

A decorative horizontal border consisting of a repeating pattern of diamond shapes.

様式第9号

(大学等 → 受入施設 → 大学等)

学生が記入するところ

本籍地は都道府県名

生年は和暦で記入

證明書

↓

本籍地

氏 名

(例) 平成 年 月 日 生

上記の者は、下記のとおり本学校または本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

受入施設が記入するところ

「施設名及び住所」「体験の概要」「施設の長の名」を記入

期間の「年」は和暦で記入

記

↓

期 間	令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日 (日 間)
学校名又は施設名 及び住所	
体験の概要	簡潔にご記入ください。
学校又は施設の長の名 及び印 (公印に限る)	<input type="checkbox"/> 印

令和8年度版

様式第9号

(大学等→受入施設→大学等)

証明書

本籍地

氏名

年月日生

上記の者は、下記のとおり本学校または本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

記

期間	年月日～年月日(日間)
学校名又は施設名 及び住所	
体験の概要	
学校又は施設の長の名 及び印 (公印に限る)	印

備考1 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎に記入すること。

2 「体験の概要」の欄には、「高齢者介護等」「知的障害者の介護等」等の区分を記入すること。

年　月　日

茨城県社会福祉協議会 御中

施設名 _____

施設長 _____ 印

「介護等体験終了報告書」

本施設において、 年度 半期に下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

A. 総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日

B. 体験終了者等

学年	氏名	大学等名	体験期間	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	
11			月 日～月 日	
12			月 日～月 日	
13			月 日～月 日	
14			月 日～月 日	
15			月 日～月 日	

介護等体験費用請求金額	円(1,100円×延べ体験日数)
-------------	------------------

(備考) 1 本書には、受入決定通知のあった学生全員について記載してください。

2 体験期間が複数の期間にわたる場合には、複数の欄を使用して期間毎に記入してください。

3 介護等体験を実施しなかった学生については、体験期間欄は空欄とし、備考欄に中止、取消し等その理由を記入してください。

4 施設名・施設長の欄には認印を使用せず、公印を使用してください。

年 月 日

大学等名 _____ 御中

茨城県社会福祉協議会事務局長

「介護等体験終了報告書」

下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

A. 総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日	施設への振込総額	円
------	---	--------	---	----------	---

B. 体験終了者 年 月～ 年 月

	氏名	体験期間	受入施設	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		
11		月 日～月 日		
12		月 日～月 日		
13		月 日～月 日		
14		月 日～月 日		
15		月 日～月 日		
16		月 日～月 日		

茨城県内における義務教育教員免許志願者介護等体験
実施の手引き(受入施設用)

発行日 令和8年1月15日

発 行 〒310-8586

茨城県水戸市千波町1918 セキショウ・ウェルビーリング福祉会館

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 福祉事業部

TEL029-244-3147 FAX029-241-1434

e-mail kaigotaiken@ibaraki-welfare.or.jp