様式第１号の２

令和5年度 福祉の職場体験事業（介護・障がい福祉等）受入計画書

※①　介護人材育成事業者認定制度	□　グレード1　□　グレード2　□　グレード3　□　非該当			※県社協　記入欄
法　人　名		事業種別※1	※具体的な施設の種類 例：デイサービス、就労継続支援事業など・・・ No.	－
施設・事業所名				

事業種別　No.

右記から選択

1　訪問介護

2　通所介護(デイサービス)

3　特別養護老人ホーム・介護老人保健施設
地域密着型特別養護老人ホーム・介護医療院
介護付き有料老人ホーム(特定施設)・養護老人ホーム
軽費老人ホーム

4　短期入所生活介護

5　認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

6　小規模多機能型居宅介護

7　障害者就労継続支援A型・障害者就労継続支援B型
障害者支援施設
児童発達支援事業・その他障がい福祉事業

8　その他

所　在　地　等	(〒　　－　　)	
	電話　(　　) FAX　(　　)	メールアドレス
担　当　者	職名	氏名
受 入 対 象	□大学生・専門学校等　□　一般 ※受入可能なものすべてにチェックしてください	※中・高はオンラインのみ □中学生　□高校生
求人登録の有無	□　必要　□　不要　□ 登録済	

体験方法・内容	□受入事業所等での見学・体験	□オンライン体験
	□　介護全般、レクリエーション活動の見学・体験 □共有スペースの掃除、洗濯などの介護補助業務の体験 □相談業務の見学（ケース会議等への参加、見学） □その他（　　）	□原則としてZOOM等を用いたライブ中継方式での事業所等の見学(食事・レク等を含む) □ZOOM等を用いた採用担当者、事業所職員等との面談 □動画を用いた事業所等の紹介
受入可能な曜日	□平日　□土曜日　□日曜日　□祝日 ※受入可能な日すべてにチェックしてください ※受入日数　（　　日）最長３日間	平日のみ
体 験 時 間	(原則８時間)(集合時間) 午前　　時　　分　～ (終了時間) 午後　　時　　分	受入可能な時間（1～2時間程度）　：　～　：

オリエンテーション	□　体験初日に実施　□　体験期間前に実施
食 事（昼食）	□弁当持参可　□　事業所で用意した食事（１食　　円） （利用者と飲食を共にしない）
細菌検査（検便） 赤痢・サルモネラ・O157	□　必要　□　不要
自動車での通所	□　可　□　不可
公共交通機関の利用方法	バス・電車（　　）駅・停留所から徒歩（　　）分
持ち物・服装等	□　上靴　（かかとのあるもの）　□　動きやすい服装（ジャージ　□　可　□　不可） □　エプロン　□　その他　（　　）
その他注意事項 ※受入にあたり条件ありましたらご記入ください。	（新型コロナウイルス感染症について事業所の規定を記入してください） ・新型コロナウイルス感染症患者と接触後○日経過後、受入が可能　（　　）日

※事業所ごとに作成してください。用紙はコピーしてください。　　※①　介護事業所のみ記入してください。