

(様式1)

年 月 日

岐阜県社会福祉協議会長 様

法人等名

施設種別

施設名

代表者名

印

所在地 〒

令和8年度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受入れ計画

標記について、次のとおり計画しましたので報告します。

	期 間	人 数	備 考
第1回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第2回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第3回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第4回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第5回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第6回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第7回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第8回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第9回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
第10回	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )		
	合 計		

※1回の受入れについて、連続した5日間になるよう計画してください。

◎連絡先

担当者名	
電話番号	