

(様式1) [申込者⇒県社協]

## 令和2年度 福祉・介護の職場見学会 参加申込書

定員：各コース10名程度 申込締切：令和2年9月1日(火)				管理 NO.	
ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
氏名					
所属学校名	※中学生・高校生の場合は、必ず学校名を記入してください。 (担当教職員名： )				
所属学校 連絡先	(住所) 〒 - (TEL) - - (Fax) -				
連絡先 (自宅)	(住所) 〒 - ※電話番号は日中連絡のつく番号を記載してください (TEL) - - (携帯) - -				
参加希望 コース	第1希望		第2希望		
確認欄	※下記の留意事項を確認の上、チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 当日の体調(発熱・咳)によっては参加をお控えください。 <input type="checkbox"/> 感染症や自然災害等によりやむを得ず中止・代替イベントとなる場合があります。 <input type="checkbox"/> 当日の検温・体調チェックにご協力ください。				
質問欄					

※個人情報の取扱い…申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

申込先：社会福祉法人 福島県社会福祉協議会 人材研修課  
〒960-8141 福島県福島市渡利字七社宮111 福島県総合社会福祉センター内  
TEL 024-521-5662 FAX 024-521-5663  
E-mail : jinzai@fukushimakenshakyu.or.jp

(様式2) [県社協⇒申込者]

## 令和2年度 福祉・介護の職場見学会 参加決定通知書

令和 年 月 日

(体験者名) 様

社会福祉法人  
福島県社会福祉協議事務局長  
( 公 印 省 略 )

下記のとおり職場見学会への参加について決定しましたので通知します。なお、キャンセルする場合は見学会前日までに必ず本会あて連絡をいただきますようお願いいたします。

### 記

参加コース	
日 時	令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 (予定)
集合場所・時間	集合場所 ( ) に 時 間 ( 時 分) 集合 (※時間厳守)
持ち物および服装	
その他特記事項	

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会 人材研修課  
〒960-8141 福島県福島市渡利字七社宮111 福島県総合社会福祉センター内  
TEL 024-521-5662 FAX 024-521-5663  
E-mail : jinzai@fukushimakenshakyō.or.jp

(様式3) [県社協⇒受入施設]

福社協発第 号  
令和 年 月 日

様

社会福祉法人  
福島県社会福祉協議会事務局長  
( 公 印 省 略 )

## 令和2年度 福祉・介護の職場見学会 受入依頼書

福祉・介護の職場見学会の実施について下記のとおり受入をお願いいたします。

### 記

#### 1. 受入いただきたい事項

開催日	
開催時間	
参加者	10名まで
内容	(1)受入施設による説明(施設概要や注意事項等) (2)受入施設内の見学 (3)受入施設による講話(職員による業務内容や仕事のやりがい等、 質疑応答)

#### 2. その他

見学にあたって、参加者が必要となる持参物や留意事項がございましたら、お手数ですが下記までお知らせください。

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会人材研修課  
〒960-8141 福島県福島市渡利字七社宮111 福島県総合社会福祉センター内  
TEL 024-521-5662 FAX 024-521-5663  
E-mail: jinzai@fukushimakenshakyō.or.jp

(様式4) [受入施設⇒県社協]

## 令和2年度 福祉・介護の職場見学会 受入報告書

(法人名)

(代表者名)

印

受入施設名	
見学内容	※当日配布いただいた資料等がある場合は添付願います。
受入に関して 良かったと思われる点	

(謝金の振込先)

	金融機関名				支店名		
金融機関							
(金融機関コード)							

預金種別  普通-1  
 当座-2

口座番号								左詰め
------	--	--	--	--	--	--	--	-----

(フリガナ)  
口座名義人
