様式６－①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　**（社会福祉施設等→石川県社会福祉協議会）**

第　 　 　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

**令和２年度 介護等体験終了報告書兼請求書**

**石川県社会福祉協議会事務局長　様**

施 設 名

代表者名　　　　 　　　　 　　 　　㊞

本施設において、下記学生が介護等体験を終了したことを報告するとともに、体験費用を請求いたします。

**Ａ　総括表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体　　験  終了者数 | 人  （※上記のうち  体験未終了者　　　人） | | 延べ日数  （終了者数×  5日） | | 日  （※上記のうち  体験未終了者述べ日数　　日） | | | |
| 請求金額 | 円（＠1,000円×述べ体験日数） | | | | | | | |
| 体験費用  振込口座 | 金融機関名 |  | | | | 支店名 | |  |
| 種　目 | 普　通　・　当　座 | | 口座番号 | | |  | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  名　義 |  | | | | | | |

※下記の期日までに報告（様式６－①、様式６－②）してください。

７月～１０月体験分(1週～17週) → １１月１０日(火) 締切

１１月～２月体験分(18週～34週)　 → ３月１０日(水) 締切

※「体験終了者数」及び「述べ日数」欄の「体験未終了者」に関する項目については、石川県社会福祉協議会より記載の連絡があった場合のみ使用してください。

※施設長印については、【補足資料　介護等体験の実施に係る留意事項（２）要綱の「８の(５)証明書の発行」について】をご参照ください。

※口座名義は、必ず通帳等をご確認のうえ、記入をお願います。

様式６－②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（社会福祉施設等→石川県社会福祉協議会）**

施 設 名

**Ｂ　体験終了者一覧**

※体験期間が連続した５日間でない場合、「備考」欄へ体験した５日間が分かるように期間の

内訳を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | 氏　名 | 大学等名 | 体験期間 | 備　考 |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |

**Ｃ　体験未終了者一覧**

※石川県社会福祉協議会より、記載の連絡があった場合のみ使用してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |
|  |  |  | 月　 日～　 月　 日 |  |