

令和××年××月××日

(法人名) 社会福祉法人静岡会

(施設名) 特別養護老人ホームシズウエル 代表者 様

静岡県社会福祉協議会会長

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の体験」について、下記のとおり決定します。

記

決定内容

学生No.××

大学等名	〇〇大学
学生氏名	フリガナ 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	〇 〇 〇 〇
性別	男
体験期間	(第××週) 令和×年××月××日 ~ 令和×年××月××日 (5日間)
緊急時連絡用電話番号	×××-×××-×××

<留意事項>

- 1 体験期間は、電算システム上、その週の月曜日から金曜日の5日間を表記しています。
- 2 体験期間に祝祭日や施設の休日等があり、体験を実施しない場合は、学生又は大学と調整し、別の日に振り替えて体験を実施してください。

発 号
令和××年××月××日

静岡県社会福祉協議会会長 様

法人名 社会福祉法人静岡会施設名 特別養護老人ホームシズウエル施設長氏名 静岡 太郎

介護等の体験の取消

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1 介護等の体験の取消者氏名等

学生No.	氏名	大学等名	実施日
××	〇〇 〇〇	〇〇大学	9月1日～9月5日

2 介護等の体験の取消年月日及び理由

取消年月日：令和××年9月4日

理由：2日間連続で無断遅刻をした。本人に注意をしたが改善されないため。

3 備考

※以下の項目についても記載してください。

責任者 職・氏名	施設長 静岡 太郎
担当者 職・氏名	指導員 静岡 花子
(電 話) ×××-×××-×××× (FAX) ×××-×××-××××	

令和×年度 介護等体験の「証明書」発行原簿

法人名 社会福祉法人静岡会

施設名 特別養護老人ホームシズウエル

施設長氏名 静岡 太郎

No.	体験終了者氏名	大学名等	体験期間	体験の概要
1	〇〇 〇〇	〇〇大学	×月××日～ ×月××日	高齢者介護等
2	〇〇 〇〇	〇〇大学	×月××日～ ×月××日	高齢者介護等
3	〇〇 〇〇	〇〇大学	×月××日～×月 ××日、×月×日	高齢者介護等
4	〇〇 〇〇	〇〇大学	×月××日～ ×月××日	高齢者介護等
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

(注) 発行後、4年間保管をお願いします。

大学等名	〇〇大学	整理番号等 ××
------	------	-------------

証 明 書

本籍地(都道府県) 〇〇県
 氏 名 〇〇 〇〇
 (旧 姓)
 (通 称 名)

〇〇××年××月××日 生

上記の者は、下記のとおり本施設において、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	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
令和7年 ×月××日～ ×月××日、 ×月××日 (5 日間)	社会福祉法人静岡会 特別養護老人ホームシズウエル 〇〇市〇〇町××番××号	介護等体験 (〇〇〇介護等)	職名 施設長 長の名前 静岡 太郎 印
年	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 介護等体験を実施した期間と日数を必ず記載してください。 </div>		職名
		<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 施設の長の職名及び氏名を記載し、公印を押印してください。施設長の公印が無い場合は、下記の注意事項を参照願います。 </div>	

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。

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。

注意事項

- ・「学校又は施設の長の名及び印」の欄は、職名及び施設の長又は学校長の名を記載し、公印を押す。
- ・施設の長の公印が無い場合は、施設を設置した法人の法人印や施設の長の私印でも可とする。
- ・期間については、(〇〇日間)についても必ず記載する。
- ・旧姓や通称名を併記する際は、住民票、戸籍抄本や戸籍謄本等にて、登録された旧姓や通称名と一致するか確認すること。
- ・「記」以下の証明内容を訂正する場合は、施設の長又は学校長の公印で訂正する。

発 号
令和××年××月××日

介護等体験事故報告書

静岡県社会福祉協議会会長 様

法人名 社会福祉法人静岡会

施設名 特別養護老人ホームシズウエル

施設長氏名 静岡 太郎

介護等体験の実施期間中に下記のとおり事故が発生しましたので、発生状況・処理等について、次のとおり報告します。

1 学生氏名 ○○ ○○

2 事故発生日時 令和××年××月××日 午後×時 ××分

3 事故発生場所 ○○○○○○○○○○○○

4 事故の内容 (詳細をお願いします。)

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

5 事故処理について (大学等との協議内容、保険活用等)

○○大学○○課○○氏に事故の発生した状況を説明した。

大学と協議した結果、○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○となった。

6 連絡先

責任者 職・氏名	施設長 静岡 太郎
担当者 職・氏名	指導員 静岡 花子
(電 話) ×××-×××-×××× (FAX) ×××-×××-××××	

様式第8号

(福祉施設等 → 静岡県社会福祉協議会)

同意書

令和××年××月××日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会会長 様

法人名	社会福祉法人静岡会		
施設名	特別養護老人ホームシズウエル	施設長氏名	静岡 太郎
施設住所	〒×××-××××× 〇〇市〇〇町××番××号		
個人情報保護 担当者名	〇〇 〇〇	介護等体験における 苦情対応担当者名	〇〇 〇〇

※太枠内の施設長氏名は、自署（直筆）でお願いいたします。

本施設における『介護等の体験』事業に係る体験学生の個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び「特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン（事業者編）」に基づき、下記のとおり取り扱うことに同意します。

記

1 個人情報の利用目的

社会福祉施設等において実施する『介護等の体験』事業（以下「介護等体験」という。）の円滑な実施のため、介護等体験の状況について正確に把握し、状況に応じて必要な指導を行うことを目的として個人情報を取得、利用します。

2 個人情報の利用について

介護等体験において個人情報を利用する場合は、上記1による利用目的の範囲内として、本施設の介護等体験担当者が利用することを原則とします。

3 個人情報の介護等体験以外の利用及び第三者への提供について

介護等体験により知り得た個人情報については、本人の同意なく介護等体験以外に利用することや、第三者への提供は行いません。

ただし、火災、災害など緊急時に、人の生命、身体、財産の保護のために必要である場合は、「個人情報の保護に関する法律」及び「特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン（事業者編）」に基づき、予め同意を得ることなく、介護等体験以外のへの利用または第三者への提供をすることがあります。

4 個人情報の管理について

介護等体験が終了した体験学生の個人情報については、本施設の諸規定に基づき、責任を持って処理を行います。

5 本施設職員等の義務について

本施設の従業者（従業者であった者を含む。）は、介護等体験により知り得た個人情報について、その内容をみだりに他人に知らせたり、不当な目的のために使用したりしません。

6 苦情対応窓口について

当施設は、個人情報の取扱いに関する苦情があった時は、迅速、適切に対応いたします。もし、介護等体験に関する苦情がある場合には、介護等体験における苦情対応担当者までお申し出ください。