**介護等体験申込総括書**

発　　　　　　　　号

令和　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　群馬県社会福祉協議会

|  |  |
| --- | --- |
| 大学等名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（連絡先） | 〒　　　　－　　　　　　 |
| TEL |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本事業担当者名 |  |
| 担当部署 |  |

「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」について下記により申込みます

|  |  |
| --- | --- |
| 申込学生数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名  |
| 体験費用総額 | 　　　　　　　　　　円 （9,000円×　　　　名）※１日1,800円×5日間/人 |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 銀行名： 群馬銀行(0128)　県庁支店(103)　普通0460984名　義　: 社会福祉法人群馬県社会福祉協議会フリガナ： フク）グンマケンシヤカイフクシキヨウギカイ |
| 振込人名義 |  |
| 振込予定日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

　※最初の学生の体験実施希望日までを目安（概ね、受入決定通知書が届いてから１ケ月以内）に、お振込みをお願い致します。

添付書類　１．介護等体験申込総括書（様式①）

　　　　　　　　２．介護等体験申込書Excel入力シート（様式②-1）

　※大学等内で申込者をとりまとめる際に、（様式②-2学生用）をご活用ください。