「中学・高校生等を対象とする介護の職場体験」終了報告書兼請求書

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　秋田県社会福祉協議会

会　　長　 　佐藤　博身　あて

介護保険施設等の名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

本施設(事業所)において、次のとおり職場体験が終了しましたので報告のうえ、協力金を請求いたします。

＜体験終了者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 氏名 | 体験期間 | 備考 |
| １ |  | 　 　月　　 日 ～ 　　 月　 　日 (　 　日間) | 　 |
| ２ |  |  　月　　 日 ～ 　　 月　 　日 (　 　日間) | 　 |
| ３ |  | 　 　月　　 日 ～ 　 月　 　日 (　 　日間) | 　 |

＜体験内容＞　　　　　記載例：①オリエンテーション②施設見学　など

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

＜総括表＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体験実施人数 | 人 | 延べ実施日数 | 日　① |
| 請求金額（延べ実施日数①×6,000円）　　　　　　　　　　　　　　円 |

＜振込口座＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　銀行 | 支店名 | 　支店 |
| 口座の種類 | □普通　　□当座 | 口座番号 | № |
| 口座名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 　 |