「介護の職場体験」終了報告書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　秋田県社会福祉協議会

事務局長　 鈴木　博

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

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

＜受入の感想、要望など＞

|  |
| --- |
|  |