令和　年　月　日

**介護施設の職場体験　受入終了報告書**

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会　新潟県福祉人材センター長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設長名 |  |
| 記入者名 |  |

当施設において、下記の者が介護施設の職場体験を終了したことを報告します。

**１　体験終了者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 体験者氏名 | 体験期間 | 体験日数 | 備考 |
| 1 |   | 月　　 日 ～　　月　　日 | 　　　日間 |  |
| 2 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 　　　日間 |  |
| 3 |  | 月　　 日 ～　　月　　日 | 　　　日間 |  |

**２　職場体験を実施しての感想を記載してください。**

**（体験を実施しての感想、体験時の様子、介護職を志す体験者へ期待することなど）**

|  |
| --- |
|  |

**３　体験受入のきっかけについて、該当番号に○をつけてください。（複数回答可）**

① 体験者の就職や進学に役立つと考えたため　　② 介護のイメ－ジアップになるため

③ 施設のPRにつながると考えたため　　　　　 ④ 職員のやる気を向上させるため

⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※上記２・３については、ご回答いただいた内容をホームページ等に掲載させていただく場合がございます。