**（様式４）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設　→　愛媛県社会福祉協議会）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発　　　号

年　月　日

　　　　　　　　　　　　　 「介護等体験終了報告書」

　愛媛県社会福祉協議会事務局長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　〔印〕

　本施設において下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

Ａ．総括表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生総数 |  　　　　　人 | 延べ体験日数 |  　　　日 |  |

Ｂ．体験終了者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 大学等名 | 体　験　期　間 | 体験日数 |
| 1 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 2 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 3 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 4 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 5 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 6 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 7 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |
| 8 |  |  | 月　　日　　～　　月　　日 | 日間 |

Ｃ．請求金額及び振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　 円　（＠１,０００円×延べ体験日数　　　　日） |
| 振込口座 | 銀行　　　　　　　　　　支店（　普通　・　当座　）　 |
| 口座番号 |
| フリガナ |
| 口座名義 |