

2021 年 7 月 12 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 様

事業者(法人)名 : 社会福祉法人 フクシロウ

代表者名 : 理事長 東京 太郎

職場体験事業者登録申請書

当法人は、令和3年度職場体験事業について、受入事業者登録要領の内容を確認し、同意の上、下記のとおり体験受入先として登録を希望いたします。

【事業者登録】

項目	内容	項目説明
事業者(法人)名	カタカナ	シャカイフクシロウジン フクシロウ
	漢字	社会福祉法人 フクシロウ

【統括担当者登録】 ※本事業における体験経費の請求事務等を担当する方を登録してください。

項目	内容	項目説明
所属施設所在地	郵便番号	102 - 0072
	都道府県	東京都
	市区町村	千代田区
	町名・番地 ビル名など	飯田橋3-10-3
事業統括担当者 氏名	カタカナ	トウキョウ ハナコ
	氏名	東京 花子
電話番号	03-5211-2910	半角数字、ハイフン区切りで入力してください
FAX	03-5211-1494	半角数字、ハイフン区切りで入力してください
メールアドレス	kaigo-taiken@...	半角で入力してください

●本事業登録決定の結果は、本シートに記載の【統括担当者登録】へご案内予定です。
ご申請時には、所在地・メールアドレスの入力内容を必ずご確認の上、ご提出ください

【受入計画書申請数】

受入登録施設・事業所数	
合計	3 箇所

●申請する施設・事業所を全て入力してください
●「職場体験事業受入計画書」のシート数と本項目に記載の施設・事業所数が同数になるようご確認ください

No	事業所名	サービス種別
1	東京都福祉人材センター	訪問介護
2	フクシロウの家 (グループホーム)	(介護予防)認知症対応型共同生活介護
3	フクシロウの家 (小規模多機能型居宅介護)	(介護予防)小規模多機能型居宅介護
4		選択してください
5		選択してください
6		選択してください
7		選択してください
8		選択してください
9		選択してください
10		選択してください
11		選択してください
12		選択してください
13		選択してください
14		選択してください
15		選択してください
16		選択してください
17		選択してください
18		選択してください

※サービス種別ごとにシートを分けて登録してください。
職場体験事業受入計画書

様式2

事業者(法人)名 : 社会福祉法人 フクシロウ

当法人は、令和3年度職場体験事業について、下記のとおり体験希望者を受入

【受入施設・事業所】
確認事項

※オレンジ色のセルは、「ブルダウン」メニューから

開設1年未満の事業所です		
項目	内容	
施設名	カタカナ	トウキョウトフクシロウセンター
事業所名	漢字	東京都福祉人材センター
郵便番号	102	0072
所在地	市区町村	千代田区
	町名・番地・ビル名など	飯田橋3-10-3 東京しごとセンター7階
サービスの種類	訪問介護	
最寄駅	①JR〇〇線 〇〇駅 / ②地下鉄メトロ 〇〇駅	
最寄駅からのアクセス	①〇〇駅から〇〇バス「〇〇」下車 徒歩3分 / ②〇〇駅から徒歩5分	
受入担当	カタカナ	トウキョウ ハナコ
者氏名	漢字	東京 花子
施設・事業所電話番号	03-1111-2222	
受入担当者連絡先電話番号 (上記以外の場合のみ)	03-2222-3333	
事業者(法人)ホームページURL		
指定事業所番号	1234512345	
第三者評価公表状況	2年以内	
実習生(インターン等)受入状況	3年以内	
ボランティア受入状況	○ 中・高生 ○ 大学・院生 ○ 社会人 ○ なし	
体験希望者への メッセージ	●受入不可な場合「〇」を選択する ●営業日ではなく、受入態勢に基づき選択する ●「その他」選択の場合は日程等の詳細を入力して下さい	

●こちらのシートの内容は東京都福祉人材センターHP(本事業の事業所検索HP内各事業所ページ)にて公開します
●複数事業所で申し込む場合は本シートをコピーし、各事業所(サービス種別)毎にシートを分けて作成・提出して下さい
※別ファイルで作成した後に結合するとファイルが破損する可能性があります

●サービス種別の選択間違いにご注意下さい。類似する名称のサービス種別は間違いがちです。

●受入施設・事業所の電話番号を入力してください

●体験者からの事前連絡を施設・事業所以外(本部や事務局など)で受付希望される場合は、連絡先を入力してください。※希望されない場合は空欄

●半角数字(10桁)を入力
●指定事業所番号がないサービス種別の場合は「なし」と入力

●受入可能時間帯ではなく、受入時間(体験開始時刻と終了時刻)を入力する

【受入条件】

項目			項目説明	
受入予定時期	9月	1日 ~ 2月	日、祝日、夏・冬休み等となるよう配慮ください なお、本事業は2月28日までです	
受入不可(×)時期	○ 土曜	○ 日曜	○ 祝日	○ 年末年始(12/29~1/3)
体験者1人当たりの 受入日数(最大)	3日以内	←ブルダウンメニューで選択してください		
受入時間	10:00	~	13:00	1日当たりの体験(拘束)時間は、5時間以上8時間以下。ただし、今年度の特例として、2時間以上5時間未満の場合も可。 受入時間についての特記事項がある場合に記載してください
受入予定人数	2	人 / 1日	1日当たりの受入定員数を入力してください	
受入可能延べ人数	上限あり	←ブルダウンメニューで選択してください。(20)人		事業期間中に受入可能な延べ定員数を入力してください
体験内容	○ 施設見学		○ 介助の見学	○ 話し相手
	○ 食事の準備・清掃・洗濯等の補助業務		○ レクリエーション参加	
	○ 同行訪問			
	その他 ()			
体験内容についての備考	感染症対策のため、利用者宅への同行訪問ができない場合もあります。同行訪問ができない場合には、先輩ヘルパーから仕事内容や経験談などをお話させていただきます。		体験内容についてより具体的に記載したい場合や、補足説明が必要な場合、200字以内で入力してください	

【その他条件】

項目	内容		項目説明
食事	体験時間内に食事をしない ※施設で用意する場合の食費代 () 円		あてはまるものを1つ選択してください 必要であれば金額を入力してください
持ち物	○ エプロン	○ 上履き	○ マスク
	○ その他 (タオル、天候により雨具(自転車移動のためレインコート等))		
公共交通機関 以外の利用	○ 自転車	○ バイク	○ 自動車
細菌検査	要 ※その場合の 検査内容 (検便3項目(赤痢、サルモネラ、O-157))		●「細菌検査」「健康診断」で「要」を選択の場合は必ず検査内容を指定してください ●体験希望者の費用負担が少なくなるよう、必要最小限の検査になるようご配慮ください (要領6(12)④)
健康診断	要 ※その場合の 検査内容 (胸部X線診断)		あてはまるものを1つ選択してください 「要」の場合、必ず検査内容を入力してください
健康状態に関する注意事項	なし ※その場合の 内容 ()		職場体験に際し、所定の健康チェック表以外の内容を確認したい場合は、「あり」を選択してください。「あり」の場合、必ず内容を入力してください。
事業者(法人)独自の 誓約書の提出有無	なし		職場体験に際し、事業者独自で個人情報保護等における誓約
備考欄	・活動しやすい服装(短パン・ジーパン不可)、スニーカーでご参加下さい。 ・体験中は自転車での移動となります(自転車貸し出し可)		●注意事項は具体的に記載してください