

令和7年度 福祉の職場見学・体験事業 実施施設 登録申込み [受入内容確認書]

福祉現場の業務を知ることにより、福祉の仕事に対する新たな気づきを得る機会を提供し、就労への意欲を喚起することを目的とする本会の事業にご協力いただける施設・事業所を募集いたします。詳細については、茨城県福祉人材センターのHPをご確認ください。

【問合せ先】茨城県福祉人材センター 029-244-3727

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

2. ★確認事項1 *

★人材センターと担当者の方との日程調整等は基本メールで行います。
急ぎの場合や重要なご連絡の場合はお電話をすることがあります。

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ 了承した

3. ★確認事項2 *

★1つの法人で、複数の施設・事業所で受入れが可能な場合は、お手数ですが施設・事業所毎にお申込みください。

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ 了承した

4. 法人名 *

例：社会福祉法人茨城県社会福祉協議会

5. 受入れ施設・事業所名 *

※施設種別+施設名

例：特別養護老人ホーム ○○○

デイサービス ○○○

児童発達支援センター ○○

6. 施設情報 郵便番号 *

例：310-8586（ハイフンあり）

7. 施設情報 所在地 *

例：水戸市千波町1918

8. 施設情報 建物名・階

例：セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階

9. 施設情報 電話番号 *

10. 担当者氏名 *

11. 担当者 連絡先電話番号 *

※担当者と連絡のとれる電話番号をご入力ください
(携帯電話番号も可)

例：029-244-3727（ハイフンあり）

12. 施設・事業所までの交通手段 *

※複数選択可

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 電車
☐ バス
☐ 自家用車（無料駐車場あり）
☐ 自家用車（無料駐車場なし）
☐ その他: _____

13. 施設・事業所までのアクセス方法 *

例：電車 - JR常磐線 水戸駅 車10分

バス - 県庁行き茨城県総合福祉会館前バス停 下車 徒歩1分

受入れ施設・事業所の分野と種別について

14. 分野 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 高齢 **質問 15** にスキップします
☐ 障害 **質問 16** にスキップします
☐ 保育 **質問 17** にスキップします
☐ 児童 **質問 18** にスキップします
☐ その他: _____

種別 (高齢)

15. 施設・事業所に該当する種別を選択してください。 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 特別養護老人ホーム
☐ 介護老人保健施設
☐ デイサービス
☐ グループホーム
☐ 有料老人ホーム
☐ サービス付き高齢者向け住宅
☐ その他: _____

質問 20 にスキップします

種別 (障害)

16. 施設・事業所に該当する種別を選択してください。 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ (障) 生活介護
☐ (障) 共同生活援助
☐ (障) A型就労継続支援事業所
☐ (障) B型就労継続支援事業所
☐ その他: _____

質問 20 にスキップします

種別 (保育)

17. 施設・事業所に該当する種別を選択してください。 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 保育所
☐ 認定こども園
☐ その他: _____

質問 20 にスキップします

種別 (児童)

18。 施設・事業所に該当する種別を選択してください。 *

1 つだけマークしてください。

☐ 放課後等デイサービス

☐ 児童発達支援施設

☐ 児童養護施設

☐ その他: _____

質問 20 にスキップします

種別 (その他の分野)

19。 施設・事業所に該当する種別を入力してください。 *

質問 20 にスキップします

受入れ内容について

・見学コース（2時間程度）と体験コース（4～6時間程度）があります。
まず、見学コースについて回答ください。

20。 見学コース（2時間程度） *

1 つだけマークしてください。

☐ 受入れ可 質問 21 にスキップします

☐ 受入れ不可 質問 27 にスキップします

見学コース（2時間程度）受入れ対象者

21。 受入れ可能な対象者を選択してください *

※複数選択可

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ 一般

☐ その他学生(大学生・短大生・専門学校生)

☐ 高校生

☐ 中学生

☐ 小学生(5・6年生) ※保護者同伴

22。 受入れ可能な曜日を選択してください *

※複数選択可

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ いつでも可

☐ 平日

☐ 土

☐ 日

☐ 祝日

23. 見学実施時に事前に必要な検査等について、回答ください。*

1行につき1つだけマークしてください。

	要	不要
健康診断	☐	☐
細菌検査(検便) - 赤痢	☐	☐
細菌検査(検便) - サルモネラ	☐	☐
細菌検査(検便) - O-157	☐	☐

24. 健康診断・細菌検査の結果が必要な場合、何カ月以内のものが望ましいですか

1つだけマークしてください。

☐ 1か月以内

☐ 2か月以内

☐ 3か月以内

☐ その他: _____

25. その他健康にかかわる留意事項*

例：マスク着用。入館前に検温・インフルエンザ・コロナウイルス抗原検査いたします。

26. その他、伝達事項
例：服装・持ち物等について

質問27にスキップします

受入れ内容について

・見学コース（2時間程度）と体験コース（4～6時間程度）があります。
次に、体験コースについて回答ください。

27. 体験コース（4～6時間程度）*

1つだけマークしてください。

☐ 受入れ可 質問28にスキップします

☐ 受入れ不可 質問35にスキップします

体験コース（4～6時間程度）受入れ対象者

28. 受入れ可能な対象者を選択してください*
※複数選択可

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ 一般

☐ その他学生(大学生・短大生・専門学校生)

☐ 高校生

☐ 中学生

☐ 小学生(5・6年生) ※保護者同伴

29. 受入れ可能な曜日を選択してください *

※複数選択可

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ いつでも可
☐ 平日
☐ 土
☐ 日
☐ 祝日

30. 体験実施時に事前に必要な検査等について、回答ください。 *

1行につき1つだけマークしてください。

	要	不要
健康診断	☐	☐
細菌検査(検便) - 赤痢	☐	☐
細菌検査(検便) - サルモネラ	☐	☐
細菌検査(検便) - O-157	☐	☐

31. 健康診断・細菌検査の結果が必要な場合、何カ月以内のものが望ましいですか

1つだけマークしてください。

- ☐ 1か月以内
☐ 2か月以内
☐ 3か月以内
☐ その他: _____

32. その他健康にかかわる留意事項 *

例：マスク着用。入館前に検温・インフルエンザ・コロナウイルス抗原検査いたします。

33. 体験内容 *

※予定している体験の内容を選択してください（複数選択可）

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 利用者の話し相手・見守り
☐ 子どもたちの見守り・遊び相手
☐ 車いすの操作
☐ 食事の準備・支援
☐ 掃除・洗濯などの職員の補助業務
☐ その他: _____

34. その他、伝達事項

例：昼食申込み3日前まで(500円/食)
服装・持ち物等について

施設・事業所PR

35。 事業所の特徴やPRなどをご入力ください

36。 事業所（法人）ホームページURL

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム