

年 月 日

### 介護等体験終了報告書

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会事務局長 様

法人名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ [法人印]

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	備考
1			月 日～ 月 日(第 週)	
2			月 日～ 月 日(第 週)	
3			月 日～ 月 日(第 週)	
4			月 日～ 月 日(第 週)	
5			月 日～ 月 日(第 週)	
6			月 日～ 月 日(第 週)	
7			月 日～ 月 日(第 週)	
8			月 日～ 月 日(第 週)	
9			月 日～ 月 日(第 週)	
10			月 日～ 月 日(第 週)	

請求金額	_____ 円 (@1,000円×延べ体験日数_____日)	
体験費用 振込口座	金融機関名	
	支店名	(普通・当座)
	口座番号	
	フリガナ 口座名義	

※お手数ですが通帳(口座番号、口座名義の分かるページ)のコピーを併せてご提出をお願いします。