

島根県介護等体験実施要領

島根県介護等体験実施連絡協議会

(趣旨)

第1条 この要領は、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律（平成9年法律第90号。以下「介護等体験特例法」という。）第2条第1項の規定により、小学校又は中学校の教諭の普通免許状の授与を受けようとする者が、障害者、高齢者等に対する介護、介助、これらの者との交流等の体験（以下「介護等体験」という。）を行うための手続き等について必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 介護等体験の対象者は、介護等体験特例法の適用を受け、教育職員免許法第5条第1項の規定により小学校又は中学校の教諭の普通免許状の授与を受けようとする者とする。

(実施施設等)

第3条 介護等体験の実施施設は、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律施行規則（平成9年文部省令第40号。以下「介護等体験特例法施行規則」という。）第2条に規定する島根県内の特別支援学校又は社会福祉施設その他の施設（以下「実施施設」という。）とする。

2 実施施設における介護等体験は、原則として、特別支援学校においては連続する2日間、社会福祉施設その他の施設（以下「福祉施設」という。）においては連続する5日間とする。

(申込み手続き等)

第4条 大学（短期大学を含む。以下「大学」という。）長は、介護等体験を希望する学生（科目等履修生及び卒業生を含む。以下「学生」という。）を取りまとめ、別に通知する期日までに特別支援学校にあっては島根県教育委員会教育長（以下「県教委」という。）に申込書（別紙様式1）を、福祉施設にあっては社会福祉法人島根県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）に申込書（別紙様式1の2-①、1の2-②）を提出するものとする。

2 実施施設の長は、介護等体験の受入計画を作成し、特別支援学校にあっては県教委に計画書（別紙様式2）を、福祉施設にあっては県社協に計画書（別紙様式2の2）を別に通知する期日までに提出するものとする。

3 県教委及び県社協は、介護等体験を行う実施施設を決定し、次により大学長及び実施施設の長へ通知するものとする。

県教委は、実施施設及び実施期日を決定し、大学長へ通知（別紙様式3）するとともに当該特別支援学校長へ通知（別紙様式4）するものとする。

県社協は、実施施設及び実施期日を決定し、大学長及び当該福祉施設の長へ通知（別紙様式3の2）するものとする。

4 大学長は、介護等体験を行う日の10日前までにそれぞれの実施施設の長あてに受入依頼書（別紙様式5）を提出するものとする。

5 学生が、介護等体験の実施の辞退あるいは時期等の変更を願い出た場合（別紙様式8の3）のほか、各大学の事由により辞退あるいは時期の変更等が必要となった場合、各大学は速やかに実施施設との調整を行い、その結果について、大学長は、特別支援学校における介護等体験の場合は県教委に、福祉施設における介護等体験の場合は県社協に、介護等体験（辞退・変更）届（別紙様式8又は別紙様式8の2）を提出するものとする。併せて、当初予定していた実施施設へ介護等体験受入（辞退・変更）依

頼書（別紙様式5の2）を提出するものとする。

- 6 前項における辞退後、改めて福祉施設における介護等体験を希望する場合は、大学長は、県社協に再調整申込書（別紙様式1の2-③）を第1項に準じて提出することができる。なお、以後の手続き等は第3項及び第4項に準じて行うものとする。（別紙様式3の2、5）
- 7 実施施設が施設内において感染症の拡大や災害等、真にやむを得ない事情により介護等体験の受入れを中止せざるを得ない場合は、特別支援学校は県教委に、福祉施設は県社協に介護等体験中止願（別紙様式9）を提出するものとする。なお、以後の手続き等は第3項及び第4項に準じて行うものとする。（別紙様式3の2、3の3-①、3の4、4、5）
- 8 実施施設が施設内において感染症の拡大や災害等、真にやむを得ない事情により介護等体験の実施期日を変更せざるを得ない場合は、特別支援学校は県教委に、福祉施設は県社協に介護等体験実施期日変更願（別紙様式10）を提出するものとする。
県教委及び県社協は、速やかに大学及び実施施設との調整を行い、その結果について次により大学長及び実施施設の長へ通知するものとする。
県教委は、実施期日を決定し、大学長へ通知（別紙様式3の3-②）するとともに当該特別支援学校長へ通知（別紙様式11）するものとする。
県社協は、実施期日を決定し、大学長及び当該福祉施設の長へ通知（別紙様式3の4）するものとする。
- 9 申込手続き等の期日等については、毎年度県教委及び県社協から別途通知する。

（終了報告）

- 第5条 実施施設の長は、介護等体験の終了後速やかに、当該大学長ごとに終了報告書（別紙様式6）を提出するとともに、特別支援学校にあっては県教委へ、社会福祉施設にあっては県社協にその写しを送付するものとする。

（記録の保存）

- 第6条 実施施設の長は、終了報告書（別紙様式6）を5年間保存しなければならないものとする。

（事前指導）

- 第7条 大学長は、介護等体験を希望する学生に対して、必要な事前指導を行うものとする。

（学生の責務等）

- 第8条 介護等体験を行う学生は、大学及び実施施設の指導に誠実に従わなければならない。
- 2 実施施設の長は、学生が前項の規定に著しく違反したと認めるときは、介護等体験の中止又は証明書を発行しないことができるものとする。

（証明書の発行）

- 第9条 実施施設の長は、介護等体験を実施した場合には、前条第2項に定める場合を除き、介護等体験特例法施行規則第4条に規定する証明書を交付するものとする。
- なお、この証明書用紙（別紙様式7）は、学生が持参することとし、これに実施施設の長が証明するものとする。

（経費の徴収）

- 第10条 介護等体験の実施に当たっては、実施に係る経費を徴収することができるものとする。
- 徴収する金額及び徴収方法等は、別に定める。

（健康診断等の実施）

第 11 条 介護等体験を希望する学生は、介護等体験に当たり、当該年度において健康診断を受診しなければならないものとする。

(保険の加入)

第 12 条 介護等体験を希望する学生は、介護等体験に係る事故等に対応した保険に加入するものとする。

(その他)

第 13 条 その他介護等体験の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、平成 10 年 10 月 6 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 12 年 1 月 31 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 13 年 1 月 31 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 14 年 1 月 30 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

番 号
年 月 日

島根県教育委員会教育長 様
(特別支援教育課)

大 学 長

令和 年度介護等体験申込書

小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護等体験を希望する者について、下記のとおり申し込みます。

記

番号	介護等体験 申込者氏名	年齢	所属学部・学科名	学年	帰省先 市町村名	備考
申込人数計	人	担当者所属 〃 氏名 [] 又は []				
		連絡先 Tel Fax				
定期試験の日程		前期 : 月 日 ~ 月 日 後期 : 月 日 ~ 月 日				

***帰省先市町村名の欄は必ず記入して下さい。**但し、県内の市町村に限り、宿泊可能地(親戚等)を含みます。(帰省先が県外の場合は空欄とせず、「県外」と記入して下さい) *担当者が2名以上の場合は、2名の氏名を記入して下さい。

番 号
年 月 日

社会福祉法人島根県社会福祉協議会 会長 様

大 学 長

「介護等体験申込書」

大 学 名	
所在地（連絡先）	〒 TEL 担当者名 _____ FAX

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により申し込みます。

記

A. 総括表

申込学生総数	人	体験総日数	延べ	日
経 費	総額 円			
	(1)受入調整費@550円（消費税込み）× 人×延べ体験総日数 日）			
	(2)体験費用@1,100円（消費税込み）× 人×延べ体験総日数 日）			
振込人名義				

B. 体験申込書

(別紙様式1の2—②)

C. 定期試験の日程

前期： 月 日 ～ 月 日
後期： 月 日 ～ 月 日

大学名	
整理番号	

「介護等体験申込書」

1. 体験申込者氏名

--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 生年月日（西暦）

--	--	--	--	--	--	--	--

3. 性別

<input type="checkbox"/>	1. 男	<input type="checkbox"/>	2. 女
--------------------------	------	--------------------------	------

4. 住所（連絡先）

〒

--	--	--	--

--	--	--	--

住所

TEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. 希望内容

	第1希望	第2希望
期日	月 第 週	月 第 週
	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
施設種別		
地域	市 町 郡	市 町 郡

*第2希望まで必ず記入すること。（第1希望と異なる期日、地域とすること）

*期日については、＜令和 年度介護等体験年間受入（可能）週＞（別添）を参照すること。

*受入施設の状況により、希望にそえない場合があります。

*施設種別については、特に希望がある場合は記入すること。

6. 連絡事項（必ず記入すること）

- ・島根県内の宿泊可能地（帰省先・親戚等）

ア 市・郡 町・村 イ 現住所と同じ

- ・教育実習等の予定があり介護等体験が不可能な日

(月 日 ～ 月 日)

- ・その他

番 号
年 月 日

社会福祉法人島根県社会福祉協議会 会長 様

大 学 長

「介護等体験再調整申込書」

大 学 名	
所在地（連絡先）	〒 TEL 担当者名 FAX

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記の者に関する受入の再調整を申し込みます。

記

1. 体験申込者氏名

氏 名			
在 籍 大 学	大 学	学 部	課 程 ・ 学 科

2. 希望内容

	第1希望	第2希望
期日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
施設種別		
地域	市・郡 町	市・郡 町

- *第2希望まで必ず記入すること。（第1希望と異なる期日，地域とすること）
- *期日については、＜令和 年度介護等体験年間受入（可能）週＞（別添）を参照すること。
- *受入施設の状況により、希望にそえない場合があります。
- *施設種別については、特に希望がある場合は記入すること。

3. 連絡事項（必ず記入すること）

- ・島根県内の宿泊可能地（帰省先・親戚等）
ア _____市・郡 _____町・村 _____ イ 現住所に同じ
- ・教育実習等の予定があり介護等体験が不可能な日
(_____月 日 ～ _____月 日)
- ・その他

番 号
年 月 日

島根県教育委員会教育長 様
(特別支援教育課)

特別支援学校長

令和 年度介護等体験受入計画書

年 月 日付 で通知のありました令和 年度介護等体験の実施に係る本校の受入計画について、下記のとおり報告します。

記

受 入 予 定 期 間	受 入 可 能 人 数		備 考
	延べ人数	実人数	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
年 月 日 () ～ 月 日 ()	人	人	
受 入 人 数 計	人	人	担当氏名 連絡先☎

*受入予定期間は、各学校の受け入れ方法により「月単位」等適宜記載してください。
備考欄には、介護等体験の主な内容（学校行事名等）を記入してください。

番 号
年 月 日

社会福祉法人 島根県社会福祉協議会 御中

(福祉施設名)

「介護等体験年間受入計画書」

標記について、別添の〈令和 年度介護等体験年間受入（可能）週〉により、体験希望者を受け入れますのでお知らせします。

なお、介護等体験実施に係る体験費用の振込口座等は、次のとおりです。

記

1. 福祉施設の状況及び体験費用振込口座等

施設名		種別		施設長名	
所在地	〒 _____				
	担当者名 _____		TEL(_____)	_____ - _____	
			FAX(_____)	_____ - _____	
体験費用	_____ 銀行 _____ 支店（普通・当座）				
	口座番号 _____				
振込口座	フリガナ 名義 _____				
備考					

2. 事前打ち合わせの必要の有無 (有 ・ 無)

*有の場合：日時 (_____)
場所 (_____)

3. 介護等体験実施にあたっての留意事項等

必要とする健康診断の種類・内容、服装や携行品等の指示及び宿泊や駐車場の状況等について、別紙様式にて提出（※）する。

（※）介護等体験者に対して交付する書類のため、必ず提出してください。

(別紙様式)

介護等体験実施にあたっての留意事項等

施設名 ()

1. 健康診断・検査等

1. 必要 2. 不必要 (どちらかに○)	必要とする健康診断等の種類・内容

備考 ① 学生は毎年4月に定期健康診断「身長、体重、視力、胸部X線、内科(聴診)」を受けています。

② 特に必要な診断・検査については、できるだけ詳しく検査項目等を示して下さい。

2. 服装

--

3. 携行品

--

4. 施設への交通アクセス(最寄り駅・バス停等)

--

5. 自家用車の場合の駐車場の状況

--

6. その他注意事項、事前提出資料、第1日目の集合時刻等

--

(送付先) 島根県社会福祉協議会 法人支援部

〒690-0011 松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根内

TEL 0852-32-5957 FAX 0852-32-5956

別添

<令和7年度介護等体験年間受入(可能)週>

1/2

6月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	第 5 週	
	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6	月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日				
	人	人	人	人	人	
7月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週		
	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3	月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 祝				
	人	人	人	人		
8月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週		
	4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日				
		祝				
	人	人	人	人		
9月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	第 5 週	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5	月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日				
			祝	祝		
	人	人	人	人	人	
10月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週		
	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2	月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 月 火 水 木 金 土 日 祝				
		祝				
	人	人	人	人		

11月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	
	3 4 5 6 7 8 9	10 11 12 13 14 15 16	17 18 19 20 21 22 23	24 25 26 27 28 29 30	
	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	
	祝			祝振	
	人	人	人	人	
12月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	第 5 週
	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31 1 2 3 4
	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日
	人	人	人	人	人
1月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	
	5 6 7 8 9 10 11	12 13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31 1	
	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	
		祝			
	人	人	人	人	
2月	第 1 週	第 2 週	第 3 週	第 4 週	
	2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22	23 24 25 26 27 28 1	
	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	月火水木金土日	
		祝		祝	
	人	人	人	人	
3月	第 1 週				
	2 3 4 5 6 7 8				
	月火水木金土日				
	人				

*受入可能人数を上表中、各月各週ごとに記入ください。

*月曜日から金曜日の5日間連続を原則とします。

番 号
年 月 日

大 学 長 様

島根県教育委員会教育長
(特別支援教育課)

令和 年度介護等体験実施通知書

年 月 日付 で申込みのありました小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護等体験については、下記のとおり受入学校等を決定しましたので通知します。介護等体験の実施に当たっては、実施期日等について受入学校と協議し、介護等体験を行わせる学生に対し十分な事前指導を行っていただくとともに、実施日の10日前までに当該受入学校長あて受入依頼書を提出してください。

なお、当該学校における学生の集合時刻等については、別途受入学校から連絡します。

記

受 入 学 校 名	実 施 期 日	受入人数	備 考
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
	年 月 日() ～ 月 日()		
受 入 人 数	—	名	

*学生への指導等に当たっては、「介護等体験の実施に当たっての注意事項」に留意願います。

番 号
年 月 日

大学長 _____
福祉施設の長 _____ 様

島根県社会福祉協議会

「介護等体験受入決定通知書」

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により決定いたしましたので通知いたします。

記

A. 総括表

決定学生数	_____ 人
-------	---------

B. 体験決定者

①	学 生 氏 名	_____	生年月日	年 月 日	性別	_____
	学 生 住 所	〒 _____ Tel. _____				
	体 験 期 日	_____ 月 日 ~ _____ 月 日 (第 _____ 週)				
	大 学 名	_____				
	受入施設名	_____	種別	_____	施設長	_____
	施設所在地	〒 _____ Tel. _____ 担当者名 _____ FAX _____				
	備 考	_____				

②	学 生 氏 名	_____	生年月日	年 月 日	性別	_____
	学 生 住 所	〒 _____ Tel. _____				
	体 験 期 日	_____ 月 日 ~ _____ 月 日 (第 _____ 週)				
	大 学 名	_____				
	受入施設名	_____	種別	_____	施設長	_____
	施設所在地	〒 _____ Tel. _____ 担当者名 _____ FAX _____				
	備 考	_____				

*各施設は、「介護等体験終了報告書」の(写し)を、11月実施分までを12月10日までに、12月以降実施分については、3月31日までに島根県社会福祉協議会あて送付してください。

番 号
年 月 日

大 学 長 様

島根県教育委員会教育長
(特別支援教育課)

令和 年度介護等体験実施変更通知書

年 月 日付 で変更申込がありました小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護等体験については、下記のとおり実施期間等を変更しましたので通知します。

介護等体験の実施に当たっては、実施期日等について受入学校と協議し、介護等体験を行う学生に対し十分な事前指導を行っていただくとともに、実施日の10日前までに当該受入学校長あて受入変更依頼書を提出してください。

なお、当該学校における学生の集合時刻等については、別途受入学校から連絡します。

記

変更する内容について

学生の氏名	(当初受入予定学校名) 受入学校名	(当初実施予定期間) 実施期間
	()	(年 月 日 ~ 年 月 日) 年 月 日 ~ 年 月 日
	()	(年 月 日 ~ 年 月 日) 年 月 日 ~ 年 月 日

◎変更があった者についてのみ記入する。

*学生への指導等に当たっては、「介護等体験の実施に当たっての注意事項」に留意願います。

番 号
年 月 日

大 学 長 様

島根県教育委員会教育長
(特別支援教育課)

令和 年度介護等体験実施期日変更通知書

小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護等体験については、下記のとおり実施期日を変更しましたので通知します。

なお、介護等体験の実施に当たっては、受入学校と協議し、介護等体験を行う学生に対し十分な事前指導を行ってください。

また、当該学校における学生の集合時刻等については、別途受入学校から連絡します。

記

変更する内容について

学生の氏名	受入学校名	(当初実施予定期日) 実 施 期 日
		(年 月 日 ~ 年 月 日) 年 月 日 ~ 年 月 日
		(年 月 日 ~ 年 月 日) 年 月 日 ~ 年 月 日

◎変更があった者についてのみ記入する。

*学生への指導等に当たっては、「介護等体験の実施に当たっての注意事項」に留意願います。

番 号
年 月 日

大学長
福祉施設の長 様

島根県社会福祉協議会

「介護等体験受入変更決定通知書」

「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る介護等体験」について、下記により変更決定いたしましたので通知いたします。

記

〈 体験決定者 〉

学 生 氏 名		生年月日	年 月 日	性別	
学 生 住 所	〒 _____ Tel. _____				
体 験 期 日	_____ 月 日 ~ _____ 月 日 (第 週)				
大 学 名					
受入施設名		種別		施設長	
施設所在地	〒 _____ Tel. _____ 担当者名 _____ FAX _____				
備 考					

学 生 氏 名		生年月日	年 月 日	性別	
学 生 住 所	〒 _____ Tel. _____				
体 験 期 日	_____ 月 日 ~ _____ 月 日 (第 週)				
大 学 名					
受入施設名		種別		施設長	
施設所在地	〒 _____ Tel. _____ 担当者名 _____ FAX _____				
備 考					

◎変更があった者についてのみ記入する。

*備考欄には、当初の内容（体験期日・受入施設）を記入する。

番 号
年 月 日

特 別 支 援 学 校 長 様

島根県教育委員会教育長
(特別支援教育課)

令和 年度介護等体験実施通知書

小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による貴校における介護等体験の実施について、下記のとおり決定しましたので、関係大学と協議の上、介護等体験が円滑に実施されるよう配意願います。

なお、介護等体験の終了後、学生が持参する「証明書」に介護等体験の証明を行うとともに終了報告書（別紙様式6）を提出願います。

なお、学生の集合時刻等については、受入日までに当該大学へ連絡願います。

記

大 学 名	大学の連絡先 (担当者名・電話番号 等)	受 入 期 間	受入 人数	備考
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
		年 月 日() ～ 月 日()		
受 入 決 定 人 数		—	人	

番 号
年 月 日

特別支援学校
又は の長 様
福 祉 施 設

大 学 長

令和 年度介護等体験受入依頼書

小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護等体験を実施するため、貴校（施設）において、下記学生を受入れていただきますようお願いいたします。なお、学生との連絡が必要なときは、下記の担当者が窓口になります。

記

番号	介護等体験 申込者氏名	年 齢	所属学部・ 学科名	学 年	性 別	出身都 道府県	受入 期日	健康 状況	備考
依頼人数	人	担当者所属 " 氏名 []又は []							
		連絡先TEL						FAX	

*健康状況欄については、健康診断の受診を確認の上、疾病異常、栄養状態について医師の所見を記入してください。

*担当者が2名以上の場合は、2名の氏名を記入して下さい。

番 号
年 月 日

特別支援学校
又は の長 様
福祉施設

大 学 長

令和 年度介護等体験受入（辞退・変更）依頼書

年 月 日付 で依頼した小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第 2 条第 1 項の規定による介護等体験の実施について、下記のとおり（辞退・変更）がありましたので、よろしくお取りはからいくださいますようお願いいたします。

記

介護等体験 申込者氏名	年 齢	所属学部・ 学科名	学 年	性 別	出身都 道府県	受入 期日	健康 状況	区分	備考
								辞退 ・ 変更	
								辞退 ・ 変更	

◎変更があった者についてのみ記入する。

*健康状況欄については、健康診断の受診を確認の上、疾病異常、栄養状態について医師の所見を記入する。

*区分については、辞退・変更のいずれかを○で囲む。

*辞退の場合は、上表中、健康状況欄への記入は必要ない。

番 号
年 月 日

各大学長 様

特別支援学校
又は の長
福 祉 施 設

令和 年度介護等体験終了報告書

年 月 日付 で依頼のありました小学校及び中学校の教諭の
普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条第1項の規定による介護
等体験を終了したので、「証明書」を交付した者について下記のとおり報告します。

記

1. 総括表

学生総数	人	延べ体験総日数	日
------	---	---------	---

2. 体験終了者

番号	介護等体験者氏名	実施施設名	実施期日	備考
報告人数	決定人数 人 ・実施人数 人			
	担当者氏名()連絡先 TEL ()			

3. 介護等体験に関する意見等があればお書きください。

(個人が特定できる学生の評価ではなく、介護等体験全般についての意見を記入してください。)

証 明 書

本籍地（都道府県名）

氏 名

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、下記のとおり本施設において、小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律第2条に規定する介護等の体験を行ったことを証明する。

記

期間	学校名又は施設名 及び所在地	体験の概要	学校又は施設の長の名 及び印
年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			
年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			

備考 1. 「期間」の欄には、複数の期間にわたる場合には期間毎に記入すること。

2. 「体験の概要」の欄には、「高齢者介護等」、「知的障害者の介護等」等の区分を記入すること。

島根県教育委員会教育長 様
(特別支援教育課)

大 学 長

令和 年度介護等体験（辞退・変更）届

下記のとおり、介護等体験実施を（辞退・変更）したことを届出します。

記

氏 名		区 分	辞退・変更
連 絡 先 (住所・電話等)			
在 籍 大 学	大 学	学 部	課 程 ・ 学 科
体験実施予定施設 (実施予定期間)	(年 月 日 ～ 年 月 日)		
辞退又は変更の理由			
変更時期	年 月 日 ～ 年 月 日		

氏 名		区 分	辞退・変更
連 絡 先 (住所・電話等)			
在 籍 大 学	大 学	学 部	課 程 ・ 学 科
体験実施予定施設 (実施予定期間)	(年 月 日 ～ 年 月 日)		
辞退又は変更の理由			
変更時期	年 月 日 ～ 年 月 日		

社会福祉法人島根県社会福祉協議会 御中

大 学 長

令和 年度介護等体験（辞退・変更）届

下記のとおり、介護等体験実施を（辞退・変更）したことを届出します。

記

氏 名		区 分	辞退・変更
連 絡 先 (住所・電話等)			
在 籍 大 学	大 学	学 部	課 程 ・ 学 科
体験実施予定施設 (実施予定期間)	(年 月 日 ～ 年 月 日)		
辞退又は変更の理由			
変更時期	年 月 日 ～ 年 月 日		

氏 名		区 分	辞退・変更
連 絡 先 (住所・電話等)			
在 籍 大 学	大 学	学 部	課 程 ・ 学 科
体験実施予定施設 (実施予定期間)	(年 月 日 ～ 年 月 日)		
辞退又は変更の理由			
変更時期	年 月 日 ～ 年 月 日		

年 月 日

大 学 長 様

申請者氏名

印

令和 年度介護等体験実施 (辞退・変更) 願

下記のとおり、介護等体験実施を (辞退・変更) させていただきますようお願いします。

記

氏 名	
連 絡 先 (住所・電話等)	
在 籍 大 学 (課程・学科まで)	大学 学部 課程・学科
体験実施予定施設 (実施予定期間)	(年 月 日 ~ 年 月 日)
変更又は辞退の理由	
変更を願う場合 に希望する時期	年 月 日 ~ 年 月 日頃

*変更は、原則として大学の実施する試験日と介護等体験実施日との重複があった場合に限る。

*変更・辞退願は、所属する大学へ速やかに提出するとともに、**体験実施予定の施設又は学校へ必ず連絡すること。**

番 号
年 月 日

島根県教育委員会教育長 様
(特別支援教育課)
又は
島根県社会福祉協議会 御中

特別支援学校の長
又は
福祉施設の長

令和 年度介護等体験中止願

年 月 日付 で受入決定通知がありましたこのことについて、
下記のとおり受入を中止したいので、よろしくお取りはからいますようお願いしま
す。

記

申込者氏名	
大学・学部学科名	
実施予定施設名	
期日 (決定通知書の日程)	月 日 ~ 月 日
中止理由	

番 号
年 月 日

島根県教育委員会教育長 様
(特別支援教育課)
又は
島根県社会福祉協議会 御中

特別支援学校の長
又は
福祉施設の長

令和 年度介護等体験実施期日変更願

年 月 日付 で受入決定通知がありましたこのことについて、
下記のとおり実施期日を変更したいので、よろしくお取りはからいますようお願い
します。

記

申込者氏名	
大学・学部学科名	
実施予定施設名	
(変更前期日) 実施期日 変更後期日(希望日)	(月 日 ~ 月 日) 月 日 ~ 月 日
変更理由	

番 号
年 月 日

特別支援学校の長様

島根県教育委員会教育長
(特別支援教育課)

令和 年度介護等体験実施期日変更通知書

年 月 日付 で変更願がありましたこのことについて、下記のとおり実施期日を変更しましたので、関係大学と協議の上、介護等体験が円滑に実施されるよう配意願います。

なお、介護等体験の終了後、学生が持参する「証明書」に介護等体験の証明を行うとともに終了報告書（別紙様式6）を提出願います。

また、学生の集合時刻等については、受入日までに当該大学へ連絡願います。

記

申込者氏名	
大学・学部学科名	
実施期日	月 日 ~ 月 日