**介護等体験申込総括書**

発　　　　　号

西暦　２０　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　群馬県社会福祉協議会

|  |  |
| --- | --- |
| 大学等名 | 学長名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（連絡先） | 〒　　　－ |
| TEL |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本事業担当者名 |  |
| 担当部署 |  |

「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の体験」について、下記により申込ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込学生数 | 名 |
| 体験費用総額 | 円 （9,000円×　　　　名）※１日1,800円×5日間/人 |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 銀行名： 群馬銀行(0128)　県庁支店(103)　普通0460984  名　義　: 社会福祉法人群馬県社会福祉協議会  フリガナ： フク）グンマケンシヤカイフクシキヨウギカイ |
| 振込人名義 |  |
| 振込予定日 | 令和　　　　　月　　　　　日 |

　　　※受入決定通知書がお手元に届いてから、１ケ月以内を目安にお振込みをお願い致します。

|  |
| --- |
| ※決定通知書等は原則パスワード付メールで送付します。郵送を希望する場合はチェックお願いします。 |

添付書類　①介護等体験申込総括書（様式1-1）

　　　　　　　②介護等体験申込書（様式1-2）　　　　　　　　部