

教育職員免許法の特例に基づく
「介護等の体験」に伴う
社会福祉施設等受入調整事業実施要項

(令和5年度)

社会福祉法人山口県社会福祉協議会

山口県福祉人材センター

〒754-0041 山口市小郡令和一丁目1番1号

KDDI 維新ホール 3階

TEL (083)902-2355 FAX(083)902-5877

E-mail kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp

ホームページURL <http://yamaguchi-fjc.jp/>

目 次

1	趣旨	1
2	対象者	1
3	「介護等の体験」の内容等	1
4	山口県社会福祉協議会の業務	1
5	受入施設の業務	2
6	大学等の業務	3
7	学生の責務等	3
8	「介護等の体験」に伴う費用	4
9	個人情報の取扱い	4
10	その他の事項	4
	・令和5年度週間コード表（別表1）	5
	・市町名一覧表（別表2）	6
	・施設種別表（別表3）	6

「介護等の体験」実施に係る様式等

・介護等の体験受入に関する調査の回答（様式1）	7
・年間受入計画表（様式2）	8
・介護等の体験受入連絡表（様式3）	9
・介護等の体験に関する質問事項等（様式4）	10
・介護等の体験申込書（大学用）（様式5）	11
・介護等の体験費用振込連絡表（様式6）	12
・介護等の体験申込書（学生用）（様式7）	13
・介護等の体験受入決定通知書（大学用）（様式8）	14
・介護等の体験受入決定通知書（施設用）（様式9）	15
・介護等の体験学生プロフィール（様式10）	16
・介護等の体験（変更・中止・辞退）届（様式11）	17
・証明書（様式12）	18
・介護等の体験終了報告書（様式13）	19
・介護等の体験費用請求書（様式14）	20
・介護等の体験終了報告書（様式15）	21
・介護等の体験費用返還請求書（様式16）	22
・介護等の体験受入連絡表（様式3）記入例	23
・介護等の体験申込書（学生用）（様式7）記入例	24
・証明書（様式12）記入上の注意	25

教育職員免許法の特例に基づく「介護等の体験」に伴う 社会福祉施設等受入調整事業実施要項

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会

1 趣 旨

山口県社会福祉協議会（以下「県社協」）が「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「法」）により、小学校及び中学校の教諭の普通免許状取得希望者が山口県内の社会福祉施設等（特別支援学校を除く。以下「施設」）において「介護等の体験」を希望する場合、円滑に調整することを目的として本要項を定める。

2 対象者

本事業の対象者は、次のとおりとする。

- ①山口県内に所在する大学等に在籍する学生及び山口県内に自宅又は帰省先を持つ学生で、山口県内での「介護等の体験」を希望し在学する大学等を経由して県社協に申し込んだ者
- ②県社協が特に認める者

3 「介護等の体験」の内容等

(1) 「介護等の体験」の内容

「介護等の体験」とは、施設の利用者に対する支援（介護、介助、話し相手、散歩の付添い、交流等）、施設で行われる諸行事への参加・支援、施設の職員が行う業務（掃除、洗濯等）の補助等、「介護等の体験」を受入れる施設の種類、業務の内容等に応じた幅広い体験をさす。

(2) 「介護等の体験」を行う施設

「介護等の体験」を行う施設は、「介護等の体験」希望者の受入可との回答があった施設（以下「受入施設」）とする。

(3) 「介護等の体験」の期間等

〔体験期間〕令和5年5月8日（月）～令和6年1月19日（金）

〈県社協への申込み期間〉令和5年4月3日（月）～12月8日（金）

〔日数等〕原則として月曜日から金曜日の連続5日間、同一施設での日帰りとするが、受入施設の都合等で開始を月曜日以外の曜日にすることができる。

〔時間〕1日概ね5～6時間とし、受入施設が利用者の生活時間等を考慮して指定した時間帯で行う。

4 山口県社会福祉協議会の業務

(1) 介護等の体験受入調査及び集計等

施設へ「介護等の体験受入について」（様式1）の依頼、集計等

(2) 大学等からの「介護等の体験申込書（大学用）」（様式5）の受付

(3) 調整・通知、費用の徴収・支払い

①調整・通知

- ・「介護等の体験申込書（学生用）」（様式7）と受入施設の「年間受入計画表」（様式2）をもとに調整を行い、「介護等の体験受入決定通知書」（様式8、様式9）により大学等及び受入施設に通知する。
- ・受入施設から学生への必要事項の連絡は、通知書送付の際、「介護等の体験受入連絡表」（様式3）を添付し、大学等を通じて行う。

②施設変更・再調整

- ・受入施設又は大学等から施設変更を伴う報告を受け、やむを得ない理由と判断した場合は、再度の調整を行う。
- ・変更できない場合は、体験を中止し、次年度以降新たな申込みを受ける。

③体験費用の徴収・支払い

- ・「介護等の体験受入決定通知書」の送付後、大学等からその体験に係る費用の徴収を行う。
- ・受入施設から「介護等の体験終了報告書」（様式13）、「介護等の体験費用請求書」（様式14）の提出を受けた後、費用の支払いを行う。

(4) 大学等への「介護等の体験終了報告書」（様式15）送付

(5) 介護等の体験受入調整管理表の作成、保管

5 受入施設の業務

(1) 「介護等の体験」受入に関する回答の提出

県社協からの依頼を受け、次のものを県社協にメールにて提出する。

- ・「介護等の体験受入に関する調査の回答」（様式1）
- ・「年間受入計画表」（様式2）
- ・「介護等の体験受入連絡表」（様式3）
- ・「介護等の体験に関する質問事項等」（様式4）…質問等がある場合のみ

【提出用アドレス】 kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp

(2) 「介護等の体験」プログラムの作成

「介護等の体験受入決定通知書」を受理した受入施設は、実情に応じて「介護等の体験」プログラムを作成する。

(3) オリエンテーション・ミーティングの実施

事前又は体験初日にオリエンテーションを行い、期間中は必要に応じてミーティングを実施する。

(4) 体験期日の変更・中止届の提出

受入施設の事情又は学生の態度等に問題があり体験期日を変更又は中止する場合は、直ちに大学等及び学生と調整を行い、「介護等の体験（変更・中止・辞退）届」（様式11）を県社協に提出する（FAX、メール）。

(5) 「証明書」の作成・手交

受入施設長は、学生持参の「証明書」（様式12）に必要事項を記入し公印を押した上で、体験終了時に学生に手渡しする。

(6) 体験終了報告書、体験費用請求書の提出

受入施設での全ての学生の体験が終了次第、「介護等の体験終了報告書」（様式13）、「介護等の体験費用請求書」（様式14）を県社協に提出する。

6 大学等の業務

- (1) 学生への指導（体験の趣旨、申込み手続き等）
学生に対し「介護等の体験」の趣旨を周知し、実施に係る手続き等についてオリエンテーション等で徹底を図る。
- (2) 「介護等の体験申込書」の提出
「介護等の体験申込書（学生用）」（様式7）を取りまとめ、「介護等の体験申込書（大学用）」（様式5）に添付して県社協に送付する。
- (3) 学生への指導（受入施設への連絡、体験時の留意事項等）
「介護等の体験受入決定通知書」を受けた時は、各受入施設の「介護等の体験受入連絡表」をもとに、体験実施に当たっての留意事項等を具体的に指導すると共に、その徹底を図る。
- (4) 決定後の体験期日の変更・中止、辞退届の提出
 - ・受入施設から日程の変更・中止の申出があったときは、学生を含めて受入施設と協議し、県社協にその結果を連絡する。
 - ・学生から体験期日の変更又は体験の中止（受入施設の変更を含む）、辞退の申出があり、やむを得ないとして大学等が受入施設に対して日程調整又は中止、辞退の申出を行った場合は、「介護等の体験（変更・中止・辞退）届」（様式11）により県社協へ報告する（FAX、メール）。
- (5) その他
卒業生からの「介護等の体験」の申し出は、在校生と同様な対応に努める。

令和5年度「介護等の体験」事業スケジュール

*印は必要に応じて

	山口県社協	大学等	社会福祉施設等
1月 ↓ 3月	○案内送付（大学・施設等） ○施設宛て「受入調査」送付 及び回答集計 ○希望大学等に受入施設一 覧を送付	*大学独自にガイダンス、 事前学習、指導を実施	○「受入調査」の回答提出 （メール、県社協宛） ～2/28（火）
4月 ↓ 2月	○調整作業 ○体験受入決定通知書送付 *辞退・変更等の通知送付 *返還金送付（大学宛） ○体験費用送金（施設宛） ○体験終了報告書送付 （大学宛）	○体験申込書提出（随時） 県社協宛 ～12/8（金） ・事前学習・施設連絡等 ・プロフィール等準備 ○体験費用送金 *変更・辞退届提出 *費用返還請求書提出	○体験受入 ～1/19（金） ○証明書発行（個々の体験 終了時に学生に手渡し） *受入変更・中止届提出 ○終了報告書、費用請求書 提出（全体験了後）

7 学生の責務等

- (1) 「介護等の体験」の申込み
 - ・希望する学生は、大学等の指導をもとに、その趣旨を理解し有意義な体験が行えるよう、希望先や体験期間等を選定の上、「介護等の体験申込書（学生用）」（様式7）を作成し、大学等に提出する。
 - ・申込みに当たっては、別表1「週間コード表」、別表2「市町名一覧表」、別表3「施設種別表」及び記入例を参考にすること。

- (2) 体験先への事前連絡、準備等
- ・大学等から体験決定の通知と「介護等の体験受入連絡表」(様式3)を受けたときは、速やかに受入施設の担当者に連絡し、体験に当たっての留意事項、オリエンテーション等について指示を受ける。
 - ・受入施設に提出する書類は、「介護等の体験受入連絡表」(様式3)で提出の期限や方法を確認の上、確実に提出する。
 - ①健康診断や細菌検査の結果等
 - ②学生本人の写真付きプロフィール(様式10)
 - ③証明書(様式12)
- (3) 体験中の留意点
- ・介護等の体験時には、学生証と健康保険証を携帯する。
 - ・体験中に事故が発生した場合は、受入施設及び大学に速やかに報告する。
 - ・体験で知り得た施設や利用者に関する情報については、守秘義務を負う。
- (4) 「証明書」の保管
- 介護等の体験終了時に施設から受取った「証明書」(様式12)は、速やかに大学等に提出する。

8 「介護等の体験」に伴う費用

- (1) 学生は、介護等の体験費用、受入施設への交通費、実習中の昼食費、健康診断・細菌検査等の費用や保険加入費等について負担する。
- (2) 大学等は、「介護等の体験受入決定通知書」(様式8)受理後概ね1ヶ月以内に、「介護等の体験費用振込連絡表」(様式6)を県社協に送付するとともに、介護等の体験費用を県社協が指定する銀行口座に一括して振込む。
- (3) 大学等が県社協に振込む介護等の体験費用は、学生1人当たり1日1,650円で計算した額(5日間で1人当たり8,250円)とする。
- (4) 「介護等の体験受入決定通知書」受理後に体験を中止・辞退した場合は、大学等から提出される「介護等の体験費用返還請求書」(様式16)により、(3)の1日分当たりの費用の内1,100円を未体験の日数分、返還する。

9 個人情報の取扱い

本事業に係る個人情報は、本事業の運営のみに利用することとし、「社会福祉法人山口県社会福祉協議会 個人情報保護規程」に基づき適正に管理する。

10 その他の事項

- (1) この事業は、社会福祉施設等の協力によって実施されることを認識し、調整に当たっては受入施設の事情を優先するので、学生は希望した内容とならない場合が生じることを了承しておくこと。
- (2) 体験中に事故が発生した場合は、学校と施設で協議の上対応するものとし、その後速やかに県社協に連絡するものとする。(様式任意)
- (3) 「介護等の体験」に関して疑義が生じた事項については、関係者が密接な連携を取って対応する。

附 則

この要項は、令和4年12月1日から施行し、令和5年度の事業に適用する。

令和5年度 週間コード表

☆体験期間は、令和5年5月8日～令和6年1月19日です。

注：最終申込み締切 令和5年12月8日（金）

体験等を希望する期間初日から30日以内の申込みは原則として受け付けません。

5月	第1週		第2週		第3週		第4週			
	8 9 10 11 12 月 火 水 木 金	13 14 土 日	15 16 17 18 19 月 火 水 木 金	20 21 土 日	22 23 24 25 26 月 火 水 木 金	27 28 土 日	29 30 31 1 2 月 火 水 木 金	3 4 土 日		
6月	第5週		第6週		第7週		第8週			
	5 6 7 8 9 月 火 水 木 金	10 11 土 日	12 13 14 15 16 月 火 水 木 金	17 18 土 日	19 20 21 22 23 月 火 水 木 金	24 25 土 日	26 27 28 29 30 月 火 水 木 金	1 2 土 日		
7月	第9週		第10週		第11週		第12週		第13週	
	3 4 5 6 7 月 火 水 木 金	8 9 土 日	10 11 12 13 14 月 火 水 木 金	15 16 土 日	17 18 19 20 21 月 火 水 木 金	22 23 土 日	24 25 26 27 28 月 火 水 木 金	29 30 土 日	31 1 2 3 4 月 火 水 木 金	5 6 土 日
8月	第14週		第15週		第16週		第17週			
	7 8 9 10 11 月 火 水 木 金	12 13 土 日	14 15 16 17 18 月 火 水 木 金	19 20 土 日	21 22 23 24 25 月 火 水 木 金	26 27 土 日	28 29 30 31 1 月 火 水 木 金	2 3 土 日		
9月	第18週		第19週		第20週		第21週			
	4 5 6 7 8 月 火 水 木 金	9 10 土 日	11 12 13 14 15 月 火 水 木 金	16 17 土 日	18 19 20 21 22 月 火 水 木 金	23 24 土 日	25 26 27 28 29 月 火 水 木 金	30 1 土 日		
10月	第22週		第23週		第24週		第25週		第26週	
	2 3 4 5 6 月 火 水 木 金	7 8 土 日	9 10 11 12 13 月 火 水 木 金	14 15 土 日	16 17 18 19 20 月 火 水 木 金	21 22 土 日	23 24 25 26 27 月 火 水 木 金	28 29 土 日	30 31 1 2 3 月 火 水 木 金	4 5 土 日
11月	第27週		第28週		第29週		第30週			
	6 7 8 9 10 月 火 水 木 金	11 12 土 日	13 14 15 16 17 月 火 水 木 金	18 19 土 日	20 21 22 23 24 月 火 水 木 金	25 26 土 日	27 28 29 30 1 月 火 水 木 金	2 3 土 日		
12月	第31週		第32週		第33週					
	4 5 6 7 8 月 火 水 木 金	9 10 土 日	11 12 13 14 15 月 火 水 木 金	16 17 土 日	18 19 20 21 22 月 火 水 木 金	23 24 土 日				
1月	第34週		第35週							
	8 9 10 11 12 月 火 水 木 金	13 14 土 日	15 16 17 18 19 月 火 水 木 金				祝 日			

別表2 市町名一覧表

注：希望地域は、右欄の市町名から選んでください。

(地 区)	市 町 名
(東 部)	岩国市・下松市・光市・柳井市・周南市 和木町・周防大島町・上関町・田布施町・平生町
(中 部)	山口市・防府市・美祢市
(西 部)	下関市・宇部市・山陽小野田市
(北 部)	萩市・長門市・阿武町

別表3 施設種別表

注：希望種別は、右欄の略記から選んでください。

施 設 種 別	略 記
1. 児童福祉法による施設	
乳児院	乳 児
母子生活支援施設	母 子
児童養護施設	児童施設
障害児入所施設（福祉型、医療型）	障児入所
障害児通所施設 ※児童発達支援センター、医療型児童発達支援事業所、放課後等デイサービス	障児通所
児童心理治療施設	児心理治療
児童自立支援施設	児自立支援
2. 障害者総合支援法による施設	
障害者支援施設 ※療養介護事業所、生活介護事業所、自立訓練事業所（機能訓練・生活訓練）、 就労移行支援事業所、就労継続支援事業所（A型・B型）	障 害 支 援
地域活動支援センター、福祉ホーム、身体障害者福祉センター	地 域 支 援
3. 生活保護法による施設	
救護施設	救 護
4. 老人福祉法による施設	
老人デイサービスセンター	デ イ 施 設
老人短期入所施設	短 期 入 所
養護老人ホーム	養 護 老 人
特別養護老人ホーム	特 養
軽費老人ホーム	軽 費 老 人
5. 介護保険法による施設	
介護老人保健施設、介護医療院	老 健
6. その他の施設	
地域福祉センター	そ の 他 ①
児童福祉法第27条第2項に規定する指定医療機関	そ の 他 ②
有料老人ホーム ※介護サービスの提供を行うことを入居契約において定めているもの	有 料 老 人

介護等の体験受入に関する調査の回答

令和 年 月 日

山口県社会福祉協議会事務局長 様

法人名 _____

フリガナ 受入施設名		施設種別 (略記)	※別表3参照
フリガナ 施設長		フリガナ 担当者	
連絡先	〒		
	TEL		FAX
	メールアドレス	@	
令和5年度の受入	受入可 ・ 受入不可 ・ 応相談		
不可の理由			

(1) 受入可の場合の提出書類

- ・「介護等の体験受入に関する調査の回答」(様式1)
- ・令和5年度「年間受入計画表」(様式2)
- ・「介護等の体験受入連絡表」(様式3)
- ・「介護等の体験に関する質問事項等」(様式4) (質問等がある場合)

※ 応相談の場合は、受入れ可の場合に準じて可能な書類をご提出ください。

(2) 受入不可の場合の提出書類

- ・「介護等の体験受入に関する調査の回答」(様式1)

施設名

令和5年度 年間受入計画表

☆体験期間は、令和5年5月8日～令和6年1月19日です。

注：最終申込み締切 令和5年12月8日（金）

体験等を希望する期間初日から30日以内の申込みは原則として受け付けません。

5月	第1週		第2週		第3週		第4週		
	8 9 10 11 12 月 火 水 木 金	13 14 土 日	15 16 17 18 19 月 火 水 木 金	20 21 土 日	22 23 24 25 26 月 火 水 木 金	27 28 土 日	29 30 31 1 2 月 火 水 木 金	3 4 土 日	
	人		人		人		人		
6月	第5週		第6週		第7週		第8週		
	5 6 7 8 9 月 火 水 木 金	10 11 土 日	12 13 14 15 16 月 火 水 木 金	17 18 土 日	19 20 21 22 23 月 火 水 木 金	24 25 土 日	26 27 28 29 30 月 火 水 木 金	1 2 土 日	
	人		人		人		人		
7月	第9週		第10週		第11週		第12週	第13週	
	3 4 5 6 7 月 火 水 木 金	8 9 土 日	10 11 12 13 14 月 火 水 木 金	15 16 土 日	17 18 19 20 21 月 火 水 木 金	22 23 土 日	24 25 26 27 28 月 火 水 木 金	29 30 31 1 2 3 4 月 火 水 木 金	5 6 土 日
	人		人		人		人		
8月	第14週		第15週		第16週		第17週		
	7 8 9 10 11 月 火 水 木 金	12 13 土 日	14 15 16 17 18 月 火 水 木 金	19 20 土 日	21 22 23 24 25 月 火 水 木 金	26 27 土 日	28 29 30 31 1 月 火 水 木 金	2 3 土 日	
	人		人		人		人		
9月	第18週		第19週		第20週		第21週		
	4 5 6 7 8 月 火 水 木 金	9 10 土 日	11 12 13 14 15 月 火 水 木 金	16 17 土 日	18 19 20 21 22 月 火 水 木 金	23 24 土 日	25 26 27 28 29 月 火 水 木 金	30 1 土 日	
	人		人		人		人		
10月	第22週		第23週		第24週		第25週	第26週	
	2 3 4 5 6 月 火 水 木 金	7 8 土 日	9 10 11 12 13 月 火 水 木 金	14 15 土 日	16 17 18 19 20 月 火 水 木 金	21 22 土 日	23 24 25 26 27 月 火 水 木 金	28 29 30 31 1 2 3 月 火 水 木 金	4 5 土 日
	人		人		人		人		人
11月	第27週		第28週		第29週		第30週		
	6 7 8 9 10 月 火 水 木 金	11 12 土 日	13 14 15 16 17 月 火 水 木 金	18 19 土 日	20 21 22 23 24 月 火 水 木 金	25 26 土 日	27 28 29 30 1 月 火 水 木 金	2 3 土 日	
	人		人		人		人		
12月	第31週		第32週		第33週				
	4 5 6 7 8 月 火 水 木 金	9 10 土 日	11 12 13 14 15 月 火 水 木 金	16 17 土 日	18 19 20 21 22 月 火 水 木 金	23 24 土 日			
	人		人		人				
1月	第34週		第35週				記入例	第24週	
	8 9 10 11 12 月 火 水 木 金	13 14 土 日	15 16 17 18 19 月 火 水 木 金				祝日 第24週に3人 受入可能な場合	16 17 18 19 20 月 火 水 木 金	
	人		人					3人	

受入に当たっての特記

様式3 受入施設 ⇒ 県社協（専用アドレス：kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp）⇒ 大学（学生）

介護等の体験受入連絡表

施設種別 (略記)	※別表3参照
--------------	--------

令和 年 月 日現在

フリガナ 施設名		フリガナ 施設長名	
所在地	〒	フリガナ 担当者名	
TEL		フリガナ 担当者名	
FAX		ホームページ	有 ・ 無
体験中の 通勤方法	・バス（バス停（ ）） ・鉄道（（ ）線（ ）駅） ・自家用車（可 ・ 不可） ・バイク（可 ・ 不可） ・自転車（可 ・ 不可）		

◎学生は、以下の事項を順守してください。順守できない場合は、受入を中止することがあります。

事前の確認	<input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに訪問してください。 <input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに確認の連絡をください。		
学生のプロフィール	体験初日の（ ）日前までに	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 不要
オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 体験期間前に実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 事前に施設から連絡します。 <input type="checkbox"/> 体験初日の（ ）日前までに確認の連絡をしてください。 <input type="checkbox"/> 体験初日に実施（集合時刻に注意）		
体験内容			
体験時間	おおよそ（ ）：（ ）～（ ）：（ ）		
健康診断等		検便（細菌検査）	
◎健康診断書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	
◎結核検査	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 赤痢菌 <input type="checkbox"/> O157	
◎その他（（ ））		<input type="checkbox"/> その他（（ ））	
		<input type="checkbox"/> 不要	
◎体験初日の（ ）ヶ月以内のものを <input type="checkbox"/> （ ）日前までに提出 <input type="checkbox"/> 体験初日に持参			
体験初日の 集合	◎集合時刻（（ ）：（ ））		◎集合場所（（ ））
	◎集合時の服装… <input type="checkbox"/> 普段の服装 <input type="checkbox"/> スーツ <input type="checkbox"/> その他（（ ））		
体験中の 食事	<input type="checkbox"/> 施設の食事を提供可 1食 約（ ）円（毎日確認） <input type="checkbox"/> 提供不可（ <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 配達弁当（約（ ）円程度）		
体験時の 服装	<input type="checkbox"/> 当施設から貸与（更衣室で着替える。） <input type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> フェイスシールド着用 <input type="checkbox"/> 自前の服装（活動しやすい服装で出勤し、そのまま実習に臨む。）		
体験に必要な 持ち物	<input type="checkbox"/> 着替え（ジャージ等） <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 上履き（スリッパ等は不可） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋内用） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋外用） <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> 記録ノート等 <input type="checkbox"/> その他（（ ）） （証明書は初日に施設へ提出、学生証・健康保険証は体験中携帯するよう指示済み）		
感染症対応 の記録	<input type="checkbox"/> 2週間前からの検温・体調記録 <input type="checkbox"/> 2週間前からの行動記録（移動、会食、接触等） <input type="checkbox"/> その他（（ ））		
	上記の記録を <input type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 必要に応じて提出を求める		
その他の 連絡事項			

※ 上記□には✓を入れ、必要な日数等を記入してください。

介護等の体験に関する質問事項等

（「介護等の体験受入について」に添付してください。）

施設種別	
施設名	
質問事項	
その他	

介護等の体験申込書 (大学用)

令和 年 月 日

山口県社会福祉協議会事務局長 様

大学等名	大学	学部	学科
所在地 (連絡先)	〒 -		
TEL・FAX	TEL - -	FAX - -	
メールアドレス			
フリガナ 担当者			

小学校及び中学校の教諭の普通免許状に係る教育職員免許法の特例に基づく「介護等の体験」について、下記のとおり申込みます。

記

1 総括表

申込学生総数	人	延べ体験日数	日
--------	---	--------	---

2 体験申込

学生からの「介護等の体験申込書 (学生用)」(様式7)・・・別添のとおり

3 その他

a 学校全体で介護等の体験実施ができない期間等 (定期試験等)					
(期間)	月	日～	月	日	理由
(期間)	月	日～	月	日	理由
b その他					

介護等の体験費用振込連絡表

令和 年 月 日

山口県社会福祉協議会事務局長 様

大学等名	大学	学部	学科
所在地 (連絡先)	〒	—	
T E L	—	—	
フリガナ 担当者			

小学校及び中学校の教諭の普通免許状に係る教育職員免許法の特例に基づく「介護等の体験」の費用を、下記のとおり送金します。

記

1 総括表

申込学生総数	人	延べ体験日数	日
体験費用	総額	円	(@1,650円 × 延べ体験日数)
振込年月日	令和	年	月 日 送金予定
体験費用 振込口座	山口銀行	県庁内支店	
	普通預金	NO. 6095202	
	名義	社会福祉法人	山口県社会福祉協議会

(注) 延べ体験日数は、「申込学生総数 × 受入施設等での体験日数」で計算してください。

介護等の体験申込書 (学生用)

大学名等		大学等
整理等欄		が記入

1 体験申込者氏名

(フリガナ)

2 生 年 月 日

S	H	
---	---	--

 年 月 日生 昭和 (S) または平成 (H) を○で囲む

3 性 別 ← 任意記入

4 住 所 〒 - ☎ 常に連絡できる番号

(連絡先)

(帰省先) ← 町・大字名まで記入してください

5 希 望 地 域 ※市町名を記入してください。

	第1希望	
地 域	市 町 (別表2参照)	

	第2希望	
市 町 (別表2参照)		

6 希 望 期 日

	第1希望			
期 日	週間コード(別表1参照)	第	週	
	月 日 ~	月	日	

	第2希望			
週間コード(別表1参照)	第	週		
月 日 ~	月	日		

7 希 望 種 別

	第1希望	
種 別	略記 (別表3参照)	

	第2希望	
略記 (別表3参照)		

注：希望地域、希望期日、希望種別の第1希望・第2希望はそれぞれ違うものを記入すること

8 自家用車通勤は可能ですか。 (可 ・ 不可) ○で囲ってください。

○備考

注：体験に当たっての希望や体験不可能期間などは、備考欄に記入してください。

山 社 協 人 第 号
 令和 年 (年) 月 日

《大学等名》

学長 様

社会福祉法人
 事務局長

山口県社会福祉協議会
 ○ ○ ○ ○

介護等の体験受入決定通知書

令和 年 月 日付けで申込まれた「介護等の体験」については、下記のとおり決定しましたので、
 学生への御指導、連絡をお願いします。

記

1 総括表

決 定 学 生 数	人
-----------	---

2 介護等の体験受入連絡表 施設分

3 体験決定者

1	学生氏名			
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 ()	(第 週)	
	受入施設名		種別	
	施設所在地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○		
2	学生氏名			
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 ()	(第 週)	
	受入施設名		種別	
	施設所在地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○		
3	学生氏名			
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 ()	(第 週)	
	受入施設名		種別	
	施設所在地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○		
4	学生氏名			
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 ()	(第 週)	
	受入施設名		種別	
	施設所在地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○		

山 社 協 人 第 号
 令和 年 (年) 月 日

《受入施設名》 施設長 様 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
 事務局長 ○ ○ ○ ○

介護等の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に係る「介護等の体験」について、下記のとおり決定しましたので、学生を受入れをよろしくお願いいたします。

記

1 総括表

決定学生数	人
-------	---

2 体験決定者

1	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	
	学生住所 連絡先	〒□□□-□□□□ TEL ○○○-○○○○-○○○○				
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 () (第 週)				
	大学等名	大学				
	大 学 等 地 所 在 地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○				
2	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	
	学生住所 連絡先	〒□□□-□□□□ TEL ○○○-○○○○-○○○○				
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 () (第 週)				
	大学等名	大学	学部	学科		
	大 学 等 地 所 在 地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○				
3	学生氏名		生年月日	年 月 日	性別	
	学生住所 連絡先	〒□□□-□□□□ TEL ○○○-○○○-○○○○				
	体験期日	月 日 () ~ 月 日 () (第 週)				
	大学等名	大学	学部	学科		
	大 学 等 地 所 在 地	〒□□□-□□□□ 担当 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○○				

介護等の体験学生プロフィール

令和 年 月 日現在

注：緊急連絡先は、体験中に学生本人以外で連絡が取れる者を記入

フリガナ 氏名			性別	
生年月日			年齢	
◎和暦で記入 (昭和・平成) 年 月 日生			満 歳	
連絡先 (連絡が確実に届く所)	現住所	〒		
	TEL ()			
帰省先	TEL ()	本籍地	都・道・府・県	
緊急連絡先	連絡者名： 電話：			
在籍校又は卒業学校	大学 学部 学科 専修 コース (第 学年)			
介護等の体験 自己目標等	◎介護等の体験をするに当たっての自己目標、施設に対する希望等を記入			
保険の加入状況	<input type="checkbox"/> 公益財団法人日本国際教育支援協会の「学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険」に加入 <input type="checkbox"/> A：学生教育研究賠償責任保険 <input type="checkbox"/> B：インターンシップ・教職資格活動等賠償責任保険 <input type="checkbox"/> その他の保険に加入 (会社名：) ◎補償の対象 <input type="checkbox"/> 本人の傷害事故 <input type="checkbox"/> 対人賠償 <input type="checkbox"/> 対物 (受託物を含む。)賠償			

※□に✓をするか、必要な字句を○で囲ってください。

※プロフィールの提出時期は、受入施設の指示に従ってください。

令和 年 月 日

介護等の体験（変更・中止・辞退）届

※（変更・中止・辞退）のいずれかを○で囲んでください

山口県社会福祉協議会事務局長 様

大学名・受入施設名 _____

連絡担当者名 _____

TEL _____

次のとおり届け出ます。

学生名（大学・学部名）	(大学 学部)
実施予定施設名	
変更・中止・辞退を したい期日 (決定通知書の日程)	月 日 ～ 月 日 (第 週)
変更後の日程	<ul style="list-style-type: none"> • 月 日 ～ 月 日 (第 週) • 月 日、 日、 日、 日、 日
学校・施設との 連絡・調整	未 ・ 済 (該当に○印)
理 由	

証 明 書

本 籍 地

氏 名

生年月日 昭和・平成 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	施設名及び住所	体 験 の 概 要	施設の長の名及び印
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日			
令和 年 月 日 (5日間)			令和 年 月 日

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。

備考2 「体験の概要」の欄には、「高齢者の介護等」「知的障がい者の介護等」の区分を記入すること。

備考3 期間は、和暦で記入すること。

介護等の体験終了報告書

山口県社会福祉協議会事務局長 様

施設名 _____

施設長名 _____

本施設において、下記の学生が体験を終了したことを報告します。

1 総括表

学生総数	人
------	---

2 体験終了者

No.	氏名	大学等名	体験日数	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
例	山口太郎	〇〇大学	5日	
例	大手福子	△△大学	2日	途中辞退

※ 途中辞退者も含めて記入してください。20人を超える場合は必要な欄を追加してください。

令和 年 月 日

介護等の体験費用請求書

山口県社会福祉協議会事務局長 様

施設名 (法人名) _____

施設長名 (代表者名) _____

公
印

施設住所 〒 _____

担当者名 _____

TEL _____

本施設において介護等の体験受入が終了しましたので、その費用を請求します。

1 総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日
請求金額	円 (@1,100円 × 延べ体験日数)		

2 振込口座

(☑をご記入ください)

体験費用 振込口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段) 口座番号 _____
	フリガナ _____ 名 義 _____
備考	

山 社 協 人 第 号
 令和 年 (年) 月 日

《 大学等の名 》 学長 様

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
 事務局長 ○ ○ ○ ○

介護等の体験終了報告書

下記学生が介護等の体験を終了したことを報告します。

1 総括表

学生総数	人	延べ体験日数	日
------	---	--------	---

2 体験終了者

	氏 名	受入施設名	体験日数	備 考
1			日	
2			日	
3			日	
4			日	
5			日	
6			日	
7			日	
8			日	
9			日	
10			日	
11			日	
12			日	
13			日	
14			日	
15			日	

介護等の体験費用返還請求書

山口県社会福祉協議会事務局長 様

大学名 _____

学長名 _____

公印

担当者名 _____

TEL _____

本校において介護等の体験を辞退いたしましたので、事前にお支払いしていた体験費用の返金を請求します。

1 総括表

学生総数	人	体験の残日数	日
学生氏名			
請求金額	円 (@1,100円 × 体験の残日数 日)		

※山口銀行以外の口座に振り込む場合は、請求金額から手数料を差し引いて振り込みます。

2 振込口座 (☑をご記入ください)

体験費用 振込口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段) 口座番号 _____
	フリガナ _____
備考	名 義 _____

※ 振込口座は、大学等の名義のものに限ります (個人口座不可)。

様式3 受入施設 ⇒ 県社協（専用アドレス：kirari-kagayaku@yg-you-i-net.or.jp）⇒ 大学（学生）



介護等の体験受入連絡表

施設種別 (略記)	デイ施設 ※別表3参照
--------------	----------------

令和 5 年 〇 月 〇〇 日現在

フリガナ 施設名	イロハデイサービス いろはデイサービス	フリガナ 施設長名	いろは太郎
所在地	〒753-0072 山口市大手町〇〇-〇	フリガナ 担当者名	ジンザイハナコ 人材 花子
TEL	083-922-〇〇〇〇	ホームページ	有 ・ 無
FAX	083-922-〇〇〇〇		
体験中の 通勤方法	・バス（バス停 県庁前） ・鉄道（山口線 上山口駅） ・自家用車（可 ・ 不可） ・バイク（可） ・ 不可） ・自転車（可） ・ 不可）		

◎学生は、以下の事項を順守してください。順守できない場合は、受入を中止することがあります。

事前の確認	<input type="checkbox"/> 体験初日の 〇 日前までに訪問してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日の 14 日前までに確認の連絡をください。	
学生のプロフィール	体験初日の7日前までに <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 不要	
オリエンテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 体験期間前に実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 事前に施設から連絡します。 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日の14日前までに確認の連絡をしてください。 <input type="checkbox"/> 体験初日に実施（集合時刻に注意）	
体験内容	高齢者の介助の補助・話し相手など	
体験時間	おおよそ 8:00 ~ 15:00	
	健康診断等	検便（細菌検査）
◎康診断書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 必要
◎結核検査	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌 <input type="checkbox"/> 赤痢菌 <input checked="" type="checkbox"/> O157
◎その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不要
◎体験初日の	<u>1ヶ月以内のもの</u> を <input type="checkbox"/> 〇 日前までに提出 <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日に持参	
体験初日の 集合	◎集合時間（ 8:00 ） ◎集合場所（いろはデイサービス事務室） ◎集合時の服装… <input checked="" type="checkbox"/> 普段の服装 <input type="checkbox"/> スーツ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
体験中の 食事	<input type="checkbox"/> 施設の食事を提供可 1食 約 〇〇〇 円（毎日確認） <input checked="" type="checkbox"/> 提供不可（ <input checked="" type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> 外食 <input checked="" type="checkbox"/> 配達弁当（約500円程度）	
体験時の 服装	<input type="checkbox"/> 当施設から貸与（更衣室で着替える。） <input checked="" type="checkbox"/> マスク着用 <input type="checkbox"/> フェイスシールド着用 <input checked="" type="checkbox"/> 自前の服装（活動しやすい服装で出勤し、そのまま実習に臨む。）	
体験に必要な 持ち物	<input type="checkbox"/> 着替え（ジャージ等） <input type="checkbox"/> エプロン <input checked="" type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> 名札 <input checked="" type="checkbox"/> 上履き（スリッパ等は不可） <input checked="" type="checkbox"/> 運動靴（屋内用） <input type="checkbox"/> 運動靴（屋外用） <input checked="" type="checkbox"/> 印鑑 <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> 記録ノート等 <input type="checkbox"/> その他（ ） （証明書は初日に施設へ提出、学生証・健康保険証は体験中携帯するよう指示済み）	
感染症対応 の記録	<input checked="" type="checkbox"/> 2週間前からの検温・体調記録 <input checked="" type="checkbox"/> 2週間前からの行動記録（移動、会食、接触等） <input type="checkbox"/> その他（ ） ----- 上記の記録を <input checked="" type="checkbox"/> 体験初日に提出 <input type="checkbox"/> 必要に応じて提出を求める	
その他 連絡事項	体験初日の2週間前までには確認の連絡をしてください。その際、事前訪問の日時をお知らせします。事前訪問時にオリエンテーションを2時間程度行います。	

※ 上記□には✓を入れ、必要な日数等を記入してください。



介護等の体験申込書 (学生用)

大学名等		大学等
整理等欄		が記入

1 体験申込者氏名

山	口	太	郎						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

 (フリガナ)

ヤ	マ	グ	チ	タ	ロ	ウ													
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 生年月日

S	H	1	4	年	0	8	月	3	0	日生
---	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 昭和 (S) または平成 (H) を○で囲む

3 性別

男

 ← 任意記入

4 住所 〒

7	5	3	—	0	0	7	2	☎	0	9	0	—	1	2	3	4	—	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 常に連絡できる番号
 (連絡先)

山	口	市	都	町	9	—	1	8	福	社	ハ	イ	ツ	A	棟						
3	0	1	号																		

 (帰省先)

山	口	県	周	南	市	瀬	戸	見	町												
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ←町・大字名まで記入してください

5 希望地域 ※市町名を記入してください。

	第1希望		第2希望	
地域	市 町 (別表2参照)	山口市	市 町 (別表2参照)	周南市

6 希望期日

	第1希望		第2希望	
期	週間コード(別表1参照)	第5週	週間コード(別表1参照)	第17週
日	6月5日～6月9日		8月28日～9月1日	

7 希望種別

	第1希望		第2希望	
種別	略記 (別表3参照)	特 養	略記 (別表3参照)	デイ施設

注：希望地域、希望期日、希望種別の第1希望・第2希望はそれぞれ違うものを記入すること

8 自家用車通勤は可能ですか。 (**可**) ・ 不可) ○で囲ってください。

○備考

試験期間：9月6日～10月1日 大学の設立記念式典：6月1日(前後2日間は準備等が必要) (注：部活、アルバイト、帰省等の私的な理由の場合は考慮しません。) 注：体験に当たっての希望や体験不可能期間などは、備考欄に記入してください。



証 明 書

プロフィールで確認の上、
本籍地は「都道府県名のみ」
生年月日は「和暦」で
記入してください。

本籍地 山口県
氏名 山口 太郎
生年月日 昭和・平成 14年 8月30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。

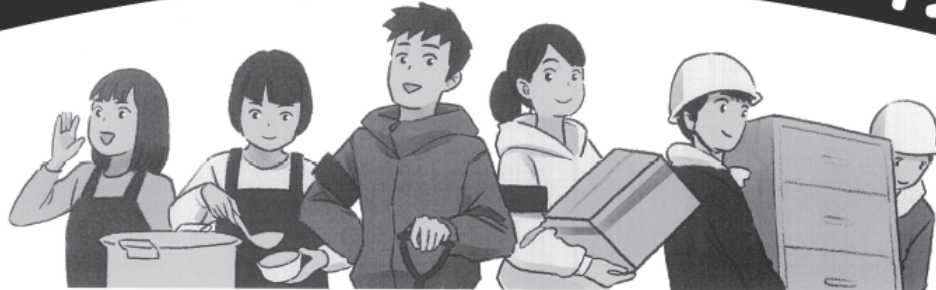
記

期 間	施設名及び住所	体 験 の 概 要	施設の長の名及び印
令和5年6月5日	いろはデイサービス 山口市大手町〇〇-〇	高齢者の介護等	施設長 いろは太郎 公印 又は、 管理者 ふくし武史 公印
令和5年6月6日			
令和5年6月7日			
令和5年6月8日			
令和5年6月9日			
(5日間)	体験実施日を5日分、 和暦で記入してください。	令和5年 6月 9日 日付は体験最終日を 記入してください。	
※ 訂正箇所は、二重線で消し同一の公印を押すこと。修正液等での訂正は行わないこと。			

- 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。
 備考2 「体験の概要」の欄には、「高齢者の介護等」「知的障がい者の介護等」の区分を記入すること。
 備考3 期間は、和暦で記入すること。

日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償

ボランティア活動保険



保険金額・年間保険料 (1名あたり) 団体割引20%適用済 / 過去の損害率による割引適用

保険金の種類		プラン	基本プラン	天災・地震補償プラン	[新設] 特定感染症重点プラン	
ケガの補償	死亡保険金			1,040万円		
	後遺障害保険金			1,040万円(限度額)		
	入院保険金日額			6,500円		
	手術保険金	入院中の手術			65,000円	
		外来の手術			32,500円	
	通院保険金日額			4,000円		
	特定感染症		補償開始日から10日以内は補償対象外(*)		初日から補償	
地震・噴火・津波による死傷		×	○	○		
賠償責任の補償	賠償責任保険金 (対人・対物共通)			5億円(限度額)		
年間保険料			350円	500円	550円	

商品パンフレットは
コチラ



(ふくしの保険)
ホームページ

*4月1日付で前年度から継続して契約される場合は初日から補償します。

<基本プランに加入される方へ>

基本プランでは、地震・噴火・津波に起因する死傷は補償されません。

◆**年度途中でボランティア活動保険に加入する場合には「特定感染症重点プラン」への加入をおすすめします。**
例えば、被災地での災害ボランティア活動や当初予定していなかったボランティア活動への参加にあたり、新型コロナウイルス感染症をはじめとした特定感染症への備えとして、特定感染症重点プランに加入いただきますと、より安心してボランティア活動に参加いただけます。

ボランティア行事用保険 (傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険)

送迎サービス補償 (傷害保険)

福祉サービス総合補償
(傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険(オプション))

●このご案内は概要を説明したものです。詳細は、「ボランティア活動保険パンフレット」にてご確認ください。●

団体契約者 **社会福祉法人 全国社会福祉協議会**

〈引受幹事 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課 保険会社〉

TEL:03(3349)5137

受付時間: 平日の9:00~17:00 (土日・祝日、年末年始を除きます。)

この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。

取扱代理店 **株式会社 福祉保険サービス**

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F

TEL:03(3581)4667

受付時間: 平日の9:30~17:30 (土日・祝日、年末年始を除きます。)



社会福祉施設総合損害補償

しせつの損害補償

◆加入対象は、社協の会員である社会福祉法人等が運営する社会福祉施設です。

プラン1 施設業務の補償

(賠償責任保険、医師賠償責任保険、看護職賠償責任保険、サイバー保険、
動産総合保険、費用・利益保険)

① 基本補償(賠償・見舞費用)

保険期間 1年

▶ 保険金額		基本補償(A型)	見舞費用付補償(B型)
賠償事故に対応	身体賠償(1名・1事故)	2億円・10億円	2億円・10億円
	財物賠償(1事故)	2,000万円	2,000万円
	受託・管理財物賠償(期間中)	200万円	200万円
	うち現金支払限度額(期間中)	20万円	20万円
	人格権侵害(期間中)	1,000万円	1,000万円
	身体・財物の損壊を伴わない経済的損失(期間中)	1,000万円	1,000万円
お見舞い等の各種費用	徘徊時賠償(期間中)	2,000万円	2,000万円
	事故対応特別費用(期間中)	500万円	500万円
	被害者対応費用(1名につき)	1事故10万円限度	1事故10万円限度
	傷害見舞費用		死亡時 100万円 入院時 1.5~7万円 通院時 1~3.5万円

- オプション1 ● 訪問・相談等サービス補償
- オプション2 ● 施設の医療事故補償
 - ・ 医務室の医療事故補償
 - ・ 看護職の賠償責任補償
- オプション3 ● 施設の借用不動産賠償事故補償
- オプション4 ● クレーム対応サポート補償

NEW

- オプション5 ● 施設の感染症対応費用補償
休業補償から各種対応費用までワイドな安心
- ① 休業や縮小営業による収益減少はもちろん、収益減少を防止・軽減するための人件費なども補償
- ② 消毒・清掃費用や自主的なPCR検査費用など、かかった費用を幅広く補償
- ③ 感染症対応特別費用で定額20万円を早期に受取り

- ② 個人情報漏えい対応補償
- ③ 施設の什器・備品損害補償

プラン2 施設利用者の補償

(普通傷害保険)

- ① 入所型施設利用者の傷害事故補償
- ② 通所型施設利用者の傷害事故補償
- ③ 施設送迎車搭乗中の傷害事故補償



プラン3 職員等の補償

(労働災害総合保険、普通傷害保険、約定履行費用保険、雇用慣行賠償責任保険)

- ① 職員の労災上乗せ補償
 - オプション：使用者賠償責任補償
- ② 役職員の傷害事故補償
- ③ 役職員の感染症罹患事故補償
- ④ 雇用慣行賠償補償



プラン4 法人役員等の補償

(役員賠償責任保険)

社会福祉法人役員等の賠償責任補償

● このご案内は概要を説明したものです。詳細は「しせつの損害補償」手引またはホームページをご参照ください。●

団体契約者 ▶ 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事 保険会社〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課
TEL：03(3349)5137

受付時間：平日の9:00~17:00(土日・祝日、年末年始を除きます。)

取扱代理店 ▶ 株式会社 福祉保険サービス

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F
TEL：03(3581)4667

受付時間：平日の9:30~17:30(土日・祝日、年末年始を除きます。)



ご相談 ください



山口県福祉人材センターは、
「福祉のしごとに就きたい人」と
山口県内の「求人のある事業所」
との橋渡しをします!

福祉の仕事が
したい。



福祉の仕事に
関心がある。



就職に活用できる
貸付・助成制度が
知りたい。



福祉のキャリア(介護福祉士・
社会福祉士・保育士など)を活かして
再就職をしたい。



福祉の仕事の
求人情報が
知りたい。



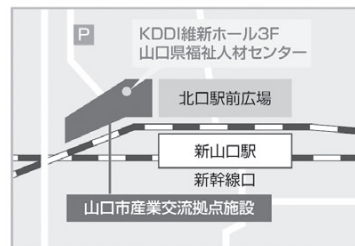
厚生労働大臣許可 社会福祉法人山口県社会福祉協議会

山口県福祉人材センター

〒754-0041 山口県山口市小郡令和一丁目1番1号 KDDI維新ホール3階

TEL (083) 902-2355 <http://yamaguchi-fjc.jp>

利用時間 / 平日 9:00~17:00 詳しくはこちら▶



山口県福祉人材センターは厚生労働大臣の許可を得て、福祉の仕事に就きたい人と
人材の必要な山口県内の社会福祉施設・事業所等をつなぐ「福祉人材無料職業紹介所」です。