（様式４）

〇〇第〇〇〇号

令和〇年〇月〇日

○○学校長　殿

　　　○○大学長

介護等体験の申込みについて

このことについては、別表のとおりです。

担当

　ＴＥＬ

Ｅメール

（別 表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 大学名 | |  | | | | | | |
|  | 人数 | 実施日 | 介護等体験希望者 | | | | | | | | 保険加入済 | オリエンテー  ション実施済 | ※実施済 |
| 通番 | 学部 | | 学科 | 学年 | 性別 | 年齢 | フリガナ  氏　名 |
| 第１回 | 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第２回 | 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第３回 | 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第４回 | 人 | 年　月　日（　）  及び  年　月　日（　） |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | 人 |  | | | | | | | | | | | |

（注）１　受入れ学校ごとに作成し、各学校長あて送付してください。

（注）２　各回の人数は、介護等体験希望者数一覧（様式３の別表）写しの受入れ学校名等に記載されている人数を上限とします。

（注）３　人数に応じて行を挿入してください。

（注）４　日程等に関する調整については、各学校へお問い合わせください。

（注）５　保険加入済・オリエンテーション実施済を確認して、○をつけてください。

（注）６　※については、各学校長が確認して○をつけてください。