

和7年度「福祉の職場体験事業」実施要項

1 目的

福祉の仕事に関心のある方や学生、介護福祉士等の潜在的有資格者や他分野からの参入を希望する離職者等に対して、福祉の職場を体験する機会を提供する。

実際の業務や職場の雰囲気などを体験し、福祉の仕事についての理解を深めることで、新たな人材の参入を促進することを目的とする。

2 実施主体

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会（以下「県社協」という。）、熊本県

3 対象

- (1) 福祉の仕事に関心のある方(小学生以上)
- (2) 福祉・介護の仕事への就職を希望する方

4 実施期間

令和7年4月1日～令和8年2月27日（申込締切 令和8年2月6日）

※応募状況及び予算の状況により、期間内であっても申込みを締め切る場合がある。

また、感染症の状況等により、一定の期間実施を中止することがある。

5 実施条件

- (1) 社会福祉事業所（以下「事業所」という。）

ア 1回の受入期間は、参加者、事業所双方の合意により1～10日間とする。

イ 1日の体験は、6時間以上8時間以内とする。

- (2) ナイストライ、サマースクール、ワークキャンプ、インターンシップ、職業教育(ガイダンス)等の学校事業や制度により既に体験が実施されている場合は、本事業の対象外とする。

- (3) 職場体験参加者

ア 参加者1人当たりの体験日数は、延べ10日以内とする。

イ 同一事業所での体験は、1人1回限りとする。

6 実施方法

- (1) 申込み

ア 事業所は、受入申込書「様式1・Web」に記入し、県社協へ提出すること。

イ 参加者は、参加申込書「様式2・Web」に記入し、県社協へ提出すること。

※参加申込書は、体験希望日の3週間前までに提出すること。受入事業所を通しての申込みも可能とする。

- (2) 日程等調整

ア 県社協は、参加者が希望する事業所との協議を行い、事前説明日時(体験希望日の10日前までに実施)を決定し、「様式3-①」により依頼する。

イ 県社協と調整の結果、事業所が受け入れ可能な場合は、「様式3-②」体験希望者名簿に条件等を記入し、県社協に回答すること。

(3) 受入れ決定

県社協は、受入れの日程等を決定し、「様式4」により参加者に通知する。

(4) 職場体験の辞退並びに日程変更

ア 事業所は、特別な事情による日程変更の希望がある場合、参加者と十分に協議のうえ、「様式5」の変更届を速やかに県社協に提出すること。

イ 参加者は、特別な事情による辞退、または、日程変更の希望がある場合、受入事業所と十分に協議のうえ、「様式6」の体験辞退・変更届を速やかに県社協に提出すること。

(5) 報 告

事業所は、職場体験終了後10日以内に、「様式7」に「様式3-②」の体験希望者名簿、「様式8」のアンケートを添付のうえ、県社協に終了報告並びに経費請求を行うこと。

「様式9」の報告書は、体験者本人から県社協に直接提出する。

(6) 紹 介

ア 職場体験終了後、体験参加者が事業所の求人に応募する場合、体験参加者は県社協へ求職登録を行い、県社協は紹介状を発行する。

イ 事業所は採否決定後、県社協に対して結果を報告すること。

7 職場体験の費用

(1) 県社協は、職場体験終了後、6の(5)による報告が適当であると認めた場合、当該事業所に対し、体験者1人1日あたりの体験受入費用として3,000円を支給する。

また、昼食、交通費の支給に係る費用が生じた場合は、1,000円を加算して支給する。

(2) 事業所は、参加者に対して報酬を支給しないこと。

(3) 事業所は、参加者に対して昼食費用を実費徴収しないこと。

(4) 事業所は、参加者に、健康診断書の写し及び消化器系感染症に対する検便結果報告書等の提出を求めることができるものとし、その費用は事業所が受入費用から支払うこと。

8 その他

(1) 参加者の昼食は、原則として事業所で提供すること。また、交通手段については、可能な範囲での送迎や交通費の支給などの配慮を行うこと。

(2) 県社協は、この事業実施にあたり、万一の事故に備え、全国社会福祉協議会が契約する「ボランティア行事用保険」に加入し、その範囲内で補償する。

(3) 個人情報の取扱い

ア 県社協が取得した参加者の個人情報は、本事業の運営管理の目的にのみ利用する。

イ 参加者は、職場体験中に知り得た情報は他に漏らしてはならないこと。

9 問い合わせ先

〒860-0842 熊本中央区南千反畠町3番7号熊本県総合福祉センター4階

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 熊本県福祉人材・研修センター

電話 096-322-8077 ファックス 096-324-5464

令和7年度 「福祉の職場体験事業」参加申込書

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 様

次のとおり、福祉の職場体験を申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな				小・中学生は保護者の署名		性別	男・女
氏名							
生年月日	西暦 年 月 日					年齢	歳
連絡先 住所	〒 -						
	電話番号	- -		携帯番号	- -		
学校 (学生のみ)	学校名 大学・高校・中学・小学 年						
	福祉関係のコース名()						
	担当者名 ※担任教師等()						
経験・資格 (一般のみ)	福祉職 経験有無	有・無	有場合の 経験年数	年 ヶ月	福祉関係 の資格		
参加の 動機	(福祉の仕事につきたい・知識や技術を学びたい・実務の再体験がしたいなど)						体験先への 移動手段
希望分野	※希望順位 1～3番まで 数字を記入してください。						
	・高齢者		・障がい者		・体験希望先事業所 第1希望		
		特別養護老人ホーム		生活介護事業所			
		通所介護事業所 (デイサービス)		就労支援	第2希望		
		介護老人保健施設		就労継続支援事業所			
希望日数	日間 ※1施設での体験希望日数(1日～10日)						
希望時期	・希望時期あり(月 日頃) ・特になし						
※情報提供希望者（登録期間は1年間）として登録することに同意しますか					・同意する ・同意しない		

※ 調整のため、遅くとも**体験希望日の3週間前まで**に提出してください。

※ ご記入いただいた個人情報は、本事業の運営以外の目的で使用することはありません。

また、承諾なしに第三者に提供・開示することもありません。

※ 情報提供希望者として同意された方には、福祉人材・研修センターの催しや就職に関する情報を提供します。

送付先	〒860-0842 熊本県中央区南千畠町3番7号 熊本県総合福祉センター4階		
熊本県福祉人材・研修センター	TEL 096-322-8077	FAX 096-324-5464	