

「介護等体験終了報告書」

社会福祉法人 香川県社会福祉協議会 事務局長 様

施設名 _____

施設長名 _____ (印)

本施設において下記学生が介護等体験を終了したことを報告します。

A. 総括表

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

B. 体験終了者

	氏 名	大学等名	体験期間	備 考
1			月 日～ 月 日	
2			月 日～ 月 日	
3			月 日～ 月 日	
4			月 日～ 月 日	
5			月 日～ 月 日	
6			月 日～ 月 日	
7			月 日～ 月 日	
8			月 日～ 月 日	
9			月 日～ 月 日	
10			月 日～ 月 日	
11			月 日～ 月 日	
12			月 日～ 月 日	
13			月 日～ 月 日	
14			月 日～ 月 日	
15			月 日～ 月 日	

請求金額	円 (@1,000円×延べ体験日数 日)
------	----------------------