【様式1‐①】(総括表)

「介護等体験」申込書

第　　　号

　　年　　月　　日

社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会　会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 住所(連絡先) | 〒 |
| 担当部署名 |  | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Ｅ-mail |  |

 下記により介護等体験を申し込みます。

記

1.総括表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込学生総数 |  | 名 | 体験総日数 | 延べ |  | 日 |
| 体験費用 | 総額 |  | 円(＠2,000円×体験総延日数) |
| フリガナ |  |
| 体験費用振込名義人 |  |

2.体験申込書(体験申込者用)　　別紙のとおり