

令和 7 年度 介護等体験申込総括書

年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 様

大学等名	
住所・連絡先	〒..... 住 所..... T E L..... 内 線..... F A X..... E-mail..... 担当者名.....

教員免許特例法による介護等体験について下記により申込みます。

記

1 総括表

申込学生総数	人
体験費用総額	円 (@7,500円× 人)
費用振込期日	年 月 日 (必ず御記入ください)
振込人名義	

2 添付書類

学生からの申込書(様式1)

3 保険の加入について (□に✓をお願いします)

- 財団法人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 A または B」に加入

※「学生教育研究災害傷害保険」だけでは介護等体験には対応しません。

- その他の保険に加入(保険会社名)

補償の対象が以下全てに対応しているか確認し、チェックしてください。

- 本人の傷害事故 対人の賠償事故 対物及び受託物(紛失、盗取、詐取)の賠償事故

【参考】

介護等体験に要する費用は、参加申込みと同時に次の口座に振り込み願います。
※振込手数料は貴校で御負担願います。

肥後銀行 水道町支店 普通 2438272 社会福祉法人熊本県社会福祉協議会 会長 良永彌太郎 フク)クマモトケンシャカイフクシキョウギカイ カイチョウ ヨシナガ ヤタロウ

申込みや変更等は、ホームページに記載の様式を使用してください。