

【施設】様式3

令和7年度教員免許特例法による介護等体験受入事前伺書（例）

●●施設 ご担当者様

2025/●/●

受付 番号	大学名	No.	学年	性別	第1希望（前期）			可否	第2希望（前期）			可否	第3希望（前期）			可否	第1希望（後期）			可否	第2希望（後期）			可否	第3希望（後期）			可否
					8/4	～	8/8		8/18	～	8/22		9/1	～	9/5		11/10	～	11/14		2/2	～	2/6		2/9	～	2/14	
1	●●大学	001	3年	女	8/4	～	8/8	可・否	8/18	～	8/22	可・否	9/1	～	9/5	可・否	11/10	～	11/14	可・否	2/2	～	2/6	可・否	2/9	～	2/14	可・否
2	△△大学	002	3年	男	8/11	～	8/15	可・否	8/25	～	8/29	可・否	9/1	～	9/5	可・否	9/8	～	9/12	可・否	2/9	～	2/14	可・否	2/16	～	2/21	可・否
3								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
4								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
5								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
6								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
7								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
8								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
9								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否
10								可・否				可・否				可・否				可・否				可・否				可・否

\* 可・否の何れかに○して頂き、下記のメールアドレス、または、ファックスでご回答をお願いいたします。

ご回答頂いた希望日を基に、様式4（名簿）にて正式依頼をいたします。

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 担当：  
 ファックス：096-324-5464