（様式１－８） 実習指定施設等の概要

No

養成校等名称

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・機関名 |  |
| 施設長等氏名 |  |
| 設置主体 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 施設種別該当に○又は記載 | ・学校（小学校・中学校・高等学校・ ）・教育委員会・他（※）（ ）※「他」の場合は、当該施設でスクール（学校）ソーシャルワーク実習を行う「目的」と「内容」を下記に記載してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習開始年度 |  |
| 年間実習受入回数 | 回 | １回の実習受入人数 | （定員 人）（定員なし） |
| 実習指導者の 業務内容等の概要 | 職名、役職 | 職務、業務内容 | 実習指導者氏名（予定含む）※２ | 保有資格該当に○ |
|  |  |  | 社会福祉士精神保健福祉士 |
|  |  |  | 社会福祉士精神保健福祉士 |
|  |  |  | 社会福祉士精神保健福祉士 |

※３ 確認欄

以上について、相違ないと認めるとともに、当該養成校の行うスクール（学校）ソーシャルワーク実習に実習先として協力をする（ 予定である ・ 協議中である ）ことを認めます。

 年 月 日

 施設・機関名 ㊞

担当者 所属・役職

氏名

※１ この様式は実習指定施設 1 施設につき 1 枚記載してください。

※２ 当該実習指導者に予定又は見込まれる職位の者が今後雇用される場合は、実習指導者と予定される者の「職名、役職」「職務、業務内容」を、「資格の有無欄」には「人材募集等にあたっての資格要件」を記載してください。

※３ 当該実習施設・機関と、スクール（学校）ソーシャルワーク実習に関する覚書・協定等を結んでいる場合はその写しを添付し、協定を結んでいない場合は上記確認欄に当該施設・機関の記名・押印をいただいてください。予定、協議中の場合は（ ）内の該当するところに◯をしてください。

Ver.2021.4