令和　　年　　月　　日

武蔵野大学

学長　西本 照真 様

法人名

施設・機関名

施設・機関長名

文書をもって依頼のあったソーシャルワーク実習について、下記の通り回答します。

1. 実習受け入れについて（○で囲んでください）

　　　　　　**可　　　　　→**２．～６．を記入の上、ご返送ください

　　　　　　**不可　　　　→**こちらの回答書をご返送ください

２．実習受け入れ可能人数及び日程　（日程についてはおおまかな予定でもかまいません）

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れ人数 | 実習日程 |
| 人　 | 令和　　年　 月　　日（　 ）～　 月　　日（ 　） |
| 人　 | 令和　　年　 月　　日（　 ）～　 月　　日（ 　） |

３．実習条件（○で囲んでください）

* + 性別 ＜　男性　・　女性　・　どちらでも可　＞
	+ 形態 ＜　通勤型実習（宿直あり・宿直なし） ・ 宿泊型（住み込み型）実習 ・ どちらも可　＞

４．その他、実習を引き受けるにあたって条件、ご要望など

|  |
| --- |
|  |

５．厚労省規定に該当する実習指導者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者氏名 | ｶﾅ | 社会福祉士登録 | 年　 月 　日 登録 　　　　 |
|  | 実習指導者講習会 | 年　 月 　日 修了 |

６．実習生受入担当者名　※文書等の送付先とさせていただきます。実習指導者と異なる場合ご記入下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署等 |  | 電話番号 | （　　　） |
| E-mailアドレス |  |
| 担当者氏名 |  |