

実習生の受入れについて

丸亀市社会福祉協議会では、「福祉職の人材育成」を大切な役割のひとつと考え、地域福祉活動、相談援助、介護事業、保育事業に関する資格取得実習及び体験学習の受入れをしています。

実習生の希望に沿ったプログラムが提供できるよう受入体制を整備し、実践現場で業務を体験しながら、気づきや専門職に求められる役割等を考え習得していけるようプログラムを作っています。

1. 受入資格

No.	資格	実習期間	予定人数
1	社会福祉士	8月中旬から9月末	2名程度
2	精神保健福祉士		
3	介護福祉士	随時	1名程度
4	介護職員実務者研修		
5	介護職員初任者研修		
6	保育士	8月から9月中旬、2月 (一日体験や保育ボランティアは随時)	2名程度

●体験学習については、下記宛てにお電話ください。

2. 申込みの受付

- ・学校単位で、別紙様式にて申込みしてください。 申込書(様式1)
まずは、お電話でお問合せください。

3. 受入れの可否

- ・結果通知指定日までに、学校宛てにお知らせいたします。

4. 申込み、問合せ先

社会福祉法人丸亀市社会福祉協議会 総務企画課 実習受入担当
〒763-0034 丸亀市大手町二丁目1番7号
TEL 0877-22-5700 Fax 0877-23-8110
✉ info@marugame-shakyo.or.jp



お気軽に
お問合せください。

様式 1

(福)丸亀市社会福祉協議会 実習申込書

希望する実習及び 体験学習等	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 体験学習(希望する内容: _____)	
学 校 名		
学部、学科、コース		
実習を希望する 人数及び期間	名 _____ 年 月 日()~ _____ 年 月 日()	
所 在 地	〒 _____	
実習のご担当者名		
部 署 名		
メールアドレス		
電 話 ・ F a x	TEL _____	Fax _____
実習に関すること	1.実習内容に対する要望 2.社協で実習を希望する理由 3.その他(自由に記入してください。)	
受入可否の 結果通知期限	_____ 年 月 日()までに回答必着	
受入の回答 ※本会の記載欄	_____ 年 月 日() 総務企画課 実習受入担当	

【提出先】

社会福祉法人丸亀市社会福祉協議会 総務企画課 実習受入担当
 〒763-0034 丸亀市大手町二丁目1番7号
 TEL 0877-22-5700 Fax0877-23-8110
 ☒ info@marugame-shakyo.or.jp