

令和 6 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込み願います。
※振込手数料は、申込大学等で御負担願います。

〔 銀行振込先 〕

肥後銀行 水道町支店 普通預金 No. 2438272

しゃかいふくしほうじん くまもとけんしゃかいふくしきょうぎかい
社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会

申込みや変更等は、添付している手引書の様式を使用してください。