

職場見学等実施報告書 総括表

■訓練実施機関名	株式会社〇〇〇〇
■訓練実施機関番号	000000000
■訓練科名	〇〇〇〇科
■訓練コース番号	5-00-30-000-00-0000

A-21 (職業訓練の認定通知書) の記載事項と一致している必要があります。

受講者名	職場見学等を行った事業所名(実施日)	職場見学、職場体験、企業実習の別	受講者署名欄 事実と相違ない場合に、受講者本人が署名すること。	2カ所以上、合計6時間以上の訪問等	修了・中退等
1 あ	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日) E社会福祉法人〇〇 グループホーム〇〇(XX年XX月XX日)	A企業実習 E職場体験	〇〇〇〇	○	修了
2 い	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日) D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	A企業実習 D職場体験	〇〇〇〇	○	修了
3 う	D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	D職場体験	〇〇〇〇	×	修了
4 え	B社会福祉法人〇〇 〇〇苑(XX年XX月XX日~XX月XX日) D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	B企業実習 D職場体験	〇〇〇〇	○	修了
5 お	C医療法人〇〇 〇〇デイサービスセンター(XX年XX月XX日~XX月XX日) D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	C企業実習 D職場体験	〇〇〇〇	○	修了
6 か	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日) D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	A企業実習 D職場体験	〇〇〇〇	○	修了
7 き	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日) D医療法人〇〇 ヘルパーステーション〇〇(XX年XX月XX日)	A企業実習 D職場体験	〇〇〇〇	○	修了
8 く	E社会福祉法人〇〇 グループホーム〇〇(XX年XX月XX日)	E職場体験	〇〇〇〇	やむを得ず×	修了
9 け	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日) E社会福祉法人〇〇 グループホーム〇〇(XX年XX月XX日)	A企業実習 E職場体験	令和X年X月X日付け 退校	○	中退または未修了
10 こ	A社会福祉法人〇〇 〇〇の里(XX年XX月XX日~XX月XX日)	A企業実習	〇〇〇〇	×	中退または未修了
11					
15					

受講者名簿(様式A-28・別添)において付番する番号の順に記載してください。

職場見学実施計画書(様式A-51)において付された「No.」のアルファベットを事業所名の前に記載してください。

職場見学実施計画書(様式A-51)において付された「No.」のアルファベットを先頭に記載し、「職場見学」「職場体験」「企業実習」のいずれかを記載してください。

受講者本人の署名が必要です。署名は必ずボールペン等をお願いします。  
※本人署名が取れない場合は、2ヶ所以上見学等しなかった者とみなします。  
【中途退校者】  
中途退校者については、別業に署名させても差し支えありません。別業にする場合は、退校日を記載してください。

- ①修了者数
- ②修了者のうち2カ所以上見学等した者の数
- ③中途退校者で2カ所以上見学等した者の数
- ④修了者のうちやむを得ない理由により2カ所以上見学等できなかった者の数

8	名
6	名
1	名
1	名

自動計算されます。

●職場見学等実施率【(②+③)/(①+③-④)】 87 % (小数点以下切り捨て)

- (※)・受講者が16名以上の場合、不足する行を追加して記載し提出してください。
- ・「受講者名」は、訓練開始後1週間以内に提出する受講者名簿において付番する番号の順に記載してください。訓練を中途退校した者も含めて記載してください。
- ・「職場見学等を行った事業所名(実施日)」「職場見学、職場体験、企業実習の別」には、対応関係が分かるよう「職場見学等実施計画書」において付されたアルファベットを付記した上で事業所名等を記載してください。
- ・「受講者署名欄」に署名のない受講者については、2ヶ所以上見学等しなかったものとみなします。
- ・中途退校者で2ヶ所以上見学等した者については、個別に別様式に署名させても差し支えありません。
- ・「2カ所以上、合計6時間以上の訪問等」には、2カ所以上の事業所に訪問等し、出席した時間の合計が6時間以上の者に「○」、やむを得ない理由による欠席がなければ○となっていた修了者に「やむを得ず×」、それ以外の者に「×」を記載してください。
- ・職場見学等実施率の算定式のうち③中途退校者で2カ所以上見学等した者の数について、未修了者で2カ所以上見学等した者も含まれます。
- ・職場見学等実施率について、小数点以下は切り捨てます。

受入先事業所ごとに作成してください。

(様式A-52 別添)

職場見学等実施報告書 受入先事業所確認票

■訓練実施機関名	株式会社〇〇〇〇	■訓練実施機関番号	00000000
■訓練科名	〇〇〇〇科	■訓練コース番号	5-00-30-000-00-0000

1 受入先事業所名(所在地)

社会福祉法人〇〇 〇〇の里(〇県〇市1-2-3)

A-21(職業訓練の認定通知書)の記載事項と一致している必要があります。

2 受入日時

・令和3年4月1日(木)13:00から16:00まで(3時間)

・令和3年4月2日(金)13:00から16:00まで(3時間)

3 受入受講者の氏名

1	あ	6	以下余白	11	16
2	い	7		1	
3	か	8		1	
4	き	9		14	19
5	け	10		15	

受入先事業所ごとに受講者名簿(様式A-28・別添)の順に記載してください。空欄がある場合は「以下余白」と記入するか斜線を引いてください。

受入先事業所の担当者に署名をしてもらってください。署名は必ずボールペン等をお願いします。

4 受入事業所担当者署名

上記の記載内容に間違いありません。

署名: 〇〇〇〇

(※)・職場見学等の受入事業所ごとに本報告書を作成してください。  
 ・3の記入枠について、空欄がある場合は「以下余白」と記入するか、斜線を引いてください。  
 また、受入受講者の人数が20名を超える場合は、記入枠を増やしてください。