

# 「福祉の職場体験事業」申込書(個人用)

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			性別(該当に○)	男・女	年齢	歳
			区分(該当に○)	学生・一般		
			学校名・学年			
住所	〒 -					
連絡先	※受入事業所との調整にあたり、当センターから連絡させていただきます。必ず連絡の取れる番号をお書きください。					
	TEL					
	TEL(携帯)					
参加の 動機 (該当に○)	福祉の仕事につきたい		福祉の仕事に関心がある			
	知識・技術を学びたい		実務の再体験			
	その他( )					
福祉関係資格 (該当に○印)	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員		
		ヘルパー( 級)	社会福祉主事	保育士		
		看護師	その他( )			
	無					
希望施設名	第1希望					
	第2希望					
	第3希望					
体験希望日	※2～10日間の範囲で、第3希望までお書きください。 ※お申込みいただいてから体験開始まで2週間ほどかかります。					
	第1希望	月 日 ( )	～	月 日 ( )	まで	日間
	第2希望	月 日 ( )	～	月 日 ( )	まで	日間
	第3希望	月 日 ( )	～	月 日 ( )	まで	日間
希望体験コース (該当に○印)	基礎体験コース		業務体験コース			
長野県福祉人材 センターへの登録	1 登録中 2 未登録→(登録を希望する・しない・よくわからない) 3 以前していた					
職場体験事業を 知ったきっかけ (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 福祉ジョブセミナー <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 長野県社会福祉協議会のホームページ <input type="checkbox"/> キャリア支援専門員 <input type="checkbox"/> 中学校・高校・専門学校 <input type="checkbox"/> その他( )					
その他						

※記載された個人情報、本事業の運営以外の目的で利用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。

**送付先FAX番号 026-227-0137**