

# 【福祉の職場体験事業】申込書兼同意書(個人用)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	区分(該当に○)		学 生 ・ 一 般		
	性別(該当に○)		男 ・ 女	年 齢	歳
	学校名・学年		学校 ・ 年		
住 所	〒 ー				
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	ー ー			
	TEL(携帯)	ー ー			
参加の動機 (該当に○)	福祉の仕事に就きたい		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○)	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	
		看護師	保育士	社会福祉主事	
		実務者研修修了	介護職員初任者研修修了	ヘルパー ( 級)	
		その他 ( )			
	無				
希望施設名 (該当に☑)	第1希望				
	第2希望				
	第3希望				
	<input type="checkbox"/> いずれか1つの施設で体験希望 <input type="checkbox"/> すべての施設で体験希望				
体験希望日	※1~10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3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		
長野県福祉人材センターへの登録 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 登録中 <input type="checkbox"/> 登録を希望する <small>(※人材センターへの登録は、現在就職活動等をされている方が対象)</small>				
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					

## 同意書

※福祉の職場体験事業では、18歳未満学生の参加者は保護者の同意が必要となります。  
下記同意書に署名、捺印のうえ、下記住所までご送付ください。

### 福祉の職場体験参加同意書

社会福祉法人長野県社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

私は、上記体験者の福祉の職場体験参加を、保護者として同意いたします。

■ 保護者氏名： \_\_\_\_\_ (印) ■ 体験者との続柄： \_\_\_\_\_

■ 保護者の住所： 〒 \_\_\_\_\_

■ 緊急連絡先(電話番号)： \_\_\_\_\_

※記載された個人情報は、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(同意書無)> FAX: 026-227-0137 / E-mail: jinzai@nsyakyu.or.jp

<同意書送付先> 〒380-0936 長野市中御所岡田98-1 (社福)長野県社会福祉協議会 福祉人材センター宛