

「福祉の職場体験事業」申込書兼同意書(個人用)

※申込締切は、**体験希望日の1ヶ月前**です

令和 年 月 日

ふりがな			区分(該当に○)	学 生 ・ 一 般				
氏名			性別(該当に○)	男 ・ 女	年齢	歳		
			学校名・学年	学校 ・ 年				
住所	〒 -							
連絡先	※調整にあたり、当センターから連絡させていただきます。 必ず申込本人と連絡の取れる番号 をお書きください。							
	TEL	-		-				
	TEL(携帯)	-		-				
参加の 動 機 (該当に○)	<input type="checkbox"/>	福祉の仕事につきたい	<input type="checkbox"/>	福祉の仕事に関心がある	<input type="checkbox"/>	知識・技術を学びたい		
	<input type="checkbox"/>	実務の再体験	<input type="checkbox"/>	その他()				
	※上記の理由について、詳しくご記入ください。							
福祉関係資格 (該当に○)	有	<input type="checkbox"/>	介護福祉士	<input type="checkbox"/>	社会福祉士	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員	
		<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	保育士	<input type="checkbox"/>	社会福祉主事	
		<input type="checkbox"/>	実務者研修修了	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修修了	<input type="checkbox"/>	ヘルパー(級)	
		<input type="checkbox"/>	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。(連続した日数での体験は、原則として最長5日まで) ※お申込みいただいてから体験開始まで1ヶ月ほどかかります。							
	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 (※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)							
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・大学等 <input type="checkbox"/> その他()							
その他								

同意書 ※福祉の職場体験事業では、**高校生以下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、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@nsyakyo.or.jp

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