

「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○)	☐	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()				
	※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	☐	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							
	☐ いずれか1つの施設で体験希望 ☐ すべての施設で体験希望							
体 験 希 望 日	※1～5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☑)	☐ 登録中 ☐ 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☑)	☐ 福祉ジョブセミナー ☐ ハローワーク ☐ 長野県社会福祉協議会のホームページ ☐ キャリア支援専門員 ☐ 中学校・高校・専門学校・大学等 ☐ 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@nsyakyo.or.jp

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