

様式2-1(個人用) 「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						
			<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	※1～5日間の範囲で、第3希望までお書きください。 ※希望日での体験ができない場合があります。 ※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	※配慮事項等があればご記入ください。						

職場体験の趣旨を確認し申し込みます ← を入れてください ※必須

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。下記同意書に署名のうえ、ご提出ください。

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、保護者として同意します。	
■保護者氏名: _____	■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> FAX: 026-227-0137 / E-mail: jinzai@nnsyakyo.or.jp

〒380-0936 長野市中御所岡田98-1 長野県社会福祉協議会 福祉人材センターあて