

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)

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	〒 — — — — —			
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○)	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)
	無	その他()		
希 望 施 設 名	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、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)長野県社会福祉協議会 福祉人材センター宛