（様式１－２）　送付先FAX番号：０８３－９２２－６６５２　　※郵送・来所も可能です。

**平成２９年度 福祉の職場体験申込書**

団

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申込日 | | | | 平成　　年　　月　　日 | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 学校等  団体名 | |  | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | 担当者名 | |  | |
| 住　所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| 連絡先 | | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： | | | | | | | | |
| 参加者について | 氏　　名 | | | | 性別 | 氏　　名 | | | | 性別 |
|  | | | |  |  | | | |  |
|  | | | |  |  | | | |  |
|  | | | |  |  | | | |  |
| ■５名以上の団体参加の場合はこちら  　参加者数：　　　　名　　（ 男性：　　　　名　　　女性：　　　　名 ） | | | | | | | | | |
| ■体験動機や学びたいこと | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望コース | | □　半日コース（４時間以内）　　□　１日コース（８時間以内） |
| 体験に伴う保険 | | □　本センターで加入　　　 　　□　施設・学校等で加入済 |
| 希望施設名  と  希望日時  （第３希望  まで記入できます） | ① | 施設名： |
| 年　 月　 日(　　)　～　　 月　 日(　　)まで 　 　　日間 |
| ② | 施設名： |
| 年　 月　 日(　　)　～　　 月　 日(　　)まで 　　　日間 |
| ③ | 施設名： |
| 年　 月　 日(　　)　～　 月　 日(　　)まで 　 　　日間 |
| ●希望日は申込日から**２週間先の日にち**を記入してください。  注  ●体験期間は計５日以内。（半日でも１日とカウントします。）  ●受入施設等の状況により希望に沿えない場合があります。  ●本申込書(写)は当センターから受入施設へも提出させていただきます。  ●記載された内容は、職場体験事業のみを目的として使用させていただきます。 | | |