（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。 |