（様式１-１）　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**

個

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込日 | 平成　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日　　　（　　　歳） |
| 一 般 | 福祉職勤務経験：　有 ・ 無職種：　　　　　　　　 | 学 生 | 学 年：小・中・高・専門学校・大学　(　　　)年学校名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 住所 | 〒　　　　-　　　　　 |
| 連絡先 | □ 自 宅　　□ 携 帯　　　番　号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡可能な時間帯：（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉資格関係（お持ちの場合、該当に○印） |  | 介護福祉士 |  | 介護支援専門員 |  | 実務者研修 |
|  | 社会福祉士 |  | 社会福祉主事 |  | 介護職員初任者研修 |
|  | 保育士 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 一般資格 |  | 普通自動車免許 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加動機（該当に○印） |  | 福祉の仕事に就きたい |  | 福祉の仕事に関心・興味がある |
|  | 知識・技術を学びたい |  | 実務の再体験 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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●体験期間については１０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。 |