（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。 | | |