（様式１－２）

団体用

**福祉の職場体験申込書　〈2019年度〉**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **申込日** | | | | **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：** | | | | | | | | |
| **体験希望者について** | **■5名以下の団体の場合** | | | | | | | | | |
| **氏　　名** | | | | **性別** | **氏　　名** | | | | **性別** |
| **①** | | | |  | **④** | | | |  |
| **②** | | | |  | **⑤** | | | |  |
| **③** | | | |  |  | | | | |
| **■６名以上の団体の場合（人数を確認できるものを添付してください。）**  **体験希望者数：　　　　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）** |
| **希望日数※注１** | **（　　　　　　　）日間** |
| **希望日程**  **（可能な限り、第三希望まで記入してください）** | **①　　　　　月　　　日（　　）　　～　　　　月　　　日（　　）** |
| **②　　　　　月　　　日（　　）　　～　　　　月　　　日（　　）** |
| **③　　　　　月　　　日（　　）　　～　　　　月　　　日（　　）** |
| **希望施設名** | **①　　　第一希望　　　施設名：** |
| **②　　　第二希望　　　施設名：** |
| **③　　　第三希望　　　施設名：** |
| **体験に伴う保険** | **□　本センターで加入を希望　　□　施設・学校等で加入済** |
| ※注１　体験期間は計５日以内。（半日でも１日とカウントします。）  ※注２　希望日は申込日から**２週間以上先の日にち**を記入してください。  ※注３　希望施設名は、ホームページに載せていますので、その中からお選びください。  ※注４　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。  ※注５　本申込書(写)は当センターから受入施設へ提出させていただきます。  ※注６　記載された内容は、職場体験事業のみを目的として使用します。 | |

送付先ＦＡＸ番号：０８３－９２２－６６５２　　※郵送・来所も可能です