

(様式1)

送付先 FAX 番号：083-922-6652

※郵送・来所も可能です。

平成30年度 オーダーメイド型実習申込書

		申込日	平成	年	月	日
フリガナ		性別				
氏名		生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
住所	〒 _____					
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 番号： _____ 連絡可能な時間帯： (_____)					
一般	福祉職勤務経験： 有・無 ※有の場合 経験年数： _____ 年 職種： _____					
福祉資格関係 (お持ちの場合、 該当に○印)	<input type="checkbox"/>	介護福祉士	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員	<input type="checkbox"/>	介護職員実務者研修
	<input type="checkbox"/>	社会福祉士	<input type="checkbox"/>	介護職員初任者研修	<input type="checkbox"/>	(旧)ホームヘルパー養成研修 1級・2級
	その他 (_____)					
一般資格	<input type="checkbox"/>	普通自動車免許	<input type="checkbox"/>	その他 (_____)		
参加動機 (該当に○印)	<input type="checkbox"/>	福祉の仕事に就きたい		<input type="checkbox"/>	実務の再実習	
	<input type="checkbox"/>	知識・技術を学びたい				
	<input type="checkbox"/>	その他 (_____)				
実習で学びたい 内容						

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) ※注2	①	月	日 ()	～	月	日 ()
	②	月	日 ()	～	月	日 ()
	③	月	日 ()	～	月	日 ()
希望施設名 ※注3	①	第一希望	施設名： _____			
	②	第二希望	施設名： _____			
	③	第三希望	施設名： _____			

注

- 注1 実習期間は計10日以内。
注2 希望日は申込日から2週間先の日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、オーダーメイド型実習のみを目的として使用します。