（様式１－２）　送付先FAX番号：０８３－９２２－６６５２

**※郵送又は来所による提出も可**

団体

**令和２年度　福祉の職場体験申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申込日 | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 学校等  団体名 | | （　　　年） | | | | | | | | |
| 代 表 者職・氏名 |  | | | | 担 当 者職・氏名 | |  | |
| 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 |
|  | | | |  | ④ | | | |  |
|  | | | |  | ⑤ | | | |  |
|  | | | |  |  | | | | |
| ■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 | | | | | | | | | | |

注

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | □　本センターで加入を希望　 　□　施設・学校等で加入済 |
| 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： |
| 希望日数 |  | 日間　　※最大のべ５日間まで |
| 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 | ●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。  ●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)は本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。  月　　　日（　）　　～　　　　月　　　日（　） |
|  | | |