（様式１-１）　送付先FAX番号：０８３－９２２－６６５２

**※郵送又は来所による提出も可**

個人

**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 | | |  | | | | | | | | | 性　別 | | 男　　・　　女 | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | 西暦　　　　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：  特にあれば記入  してください  連絡可能な時間帯：（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）← | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉資格関係  \*持っている…○  　\*目指している…△ | | | |  | 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（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 体験動機  \*該当すべてに○ | | | |  | 福祉の仕事に就きたい | | | | | | |  | 福祉の仕事に関心がある | | | | |
|  | 知識・技術を学びたい | | | | | | |  | 実務の再体験をしたい | | | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望コース | □　半日コース（２時間以上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  （希望順に記入して  ください） | **①** | **□全施設での体験を**  **希望**  **□いずれか　　施設**  **での体験を希望** |
| **②** |
| **③** |
| 希望日数 | 日　※最大のべ10日まで | |
| 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（　）  月　　　日（　）　　～　　　　月　　　日（　） | |
| ② | |
| ③  月　　　日（　）　　～　　　　月　　　日（　） | |

●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。

注