

送付先 FAX: 054-272-8831 / E-mail: taiken@shizuoka-wel.jp

体験希望日より原則2週間前までにお申し込みください。

福祉の職場体験事業申込書

20××年6月1日

ふりがな	しず おか はな こ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
氏名	静岡花子		生年月日	西暦 1987年9月10日 32歳
住所	〒 420 - 0856 静岡市葵区駿府町1-70			
電話番号	自宅: (054) 271 - 2△○1 携帯: (090) 3921 - 2△□8			
一般	<input type="checkbox"/> 在職中	職種 ()	学 生	<input type="checkbox"/> 福祉系 <input type="checkbox"/> 一般
	<input checked="" type="checkbox"/> 無職	勤続年数 () 年		学校名: 学部: 学年:
	福祉職勤務経験 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		卒業後の進路 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学	
福祉の資格	<input checked="" type="checkbox"/> あり (※該当するものに○を付けてください。) ・ 介護福祉士 ・ 介護職員実務者研修 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級) ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 保育士 ・ その他 () ・ 取得見込みの資格 () <input type="checkbox"/> なし			
一般資格	<input checked="" type="checkbox"/> 普通自動車免許 <input type="checkbox"/> その他の資格 ()			

体験希望施設	施設数	<input type="checkbox"/> 1施設のみ <input checked="" type="checkbox"/> 複数希望 ※1施設3日間以上 (合計10日間以内)		
	第1希望	事業所番号 No. (14)	事業所名 (特別養護老人ホームABC)	4 日間
	第2希望	事業所番号 No. (7)	事業所名 (デイサービス○△□)	3 日間
	第3希望	事業所番号 No. ()	事業所名 ()	日間
体験希望日	※御都合の良い日にちを御記入ください。 6月12日(金)、17日(水)、20日(土)、25日(木) 8月3日(月)~8月14日(金)の期間で7日間(土日祝不可) 7月3日(金)、10日(金)、18日(土)			【記入例】 4月6日(月)・7日(火)・8日(水) 4月6日(月)~9日(木)の内の3日間
参加の機	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 知識・技術を学びたい <input type="checkbox"/> 実務の再体験			

※施設の受入状況により体験希望期間に対応できない場合がありますので、御了承ください。

※記載された個人情報、体験受入決定施設に提供するほか、本事業の運営上以外の目的で利用することはありません。また、承諾なしに第三者に提供・開示することはありません。