

整理番号

福祉職場体験申込書

年 月 日

次により福祉の職場体験の参加を申込いたします。

フリガナ		性別	生年月日	年齢	
氏名		男・女	西暦	年	
			月	日	
連絡先	〒 ()				
	TEL : () 携帯電話 :				
福祉職場 経験の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 ヲ月)				
福祉資格 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (見込み) ()				
在職区分	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 学生 (専門・大学・高校 年)				
参加の動機	<input type="checkbox"/> 福祉の職場に就職したいと思っている <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
体験希望 施設	第1希望				
	第2希望				
体験希望日	第1希望	月	日 () ~	月	日 () (日間)
	第2希望	月	日 () ~	月	日 () (日間)

※体験希望施設・体験希望日については、第2希望までご記入ください。