

福祉職場体験申込書

令和 年 月 日

次により福祉の職場体験の参加を申したいします。

| | | | | | |
|----------------|---|----------|--------------|-----|-----------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 | 年 齢 | |
| 氏 名 | | 男・女 | 西 曆 | 年 | |
| | | | 月 | 日 | 歳 |
| 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 カ月) | | | | |
| 福祉資格 の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (見込) () | | | | |
| 在職区分 | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 学生 (専門・大学・短大・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。

※体験開始希望日の2週間前までにお申し込みください。

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、本事業のみに使用し、他の目的には使用いたしません。