

令和 5 年度 福祉職場インターンシップ申込書

令和 年 月 日

次により福祉職場インターンシップ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	〒 (—)			
	携帯電話等	:	()	
	上記以外の緊急連絡先:	()	(続柄:)	
学校名・学年	学校		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 ()			
体験希望日	令和 年 月 日			
施設名				



←こちらの専用申込フォームからもお申し込みいただけます。