

平成29年度福祉・介護の職場体験事業 申込書(高校生用)

様式1-2

平成 年 月 日

◆基本項目事項							
ふりがな 氏名			性別 (該当に○)	男・女	年齢	歳	
連絡先	住所	〒 -					
	TEL		TEL(携帯)				
在籍している 高校	高校名	(担当教諭名)					
	所在地						
	TEL		FAX				
参加の動機 (該当に○)	福祉の仕事につきたい		福祉の仕事に関心がある				
	知識・技術を学びたい		進学先決定の参考にしたい				
	その他()						
◆希望内容記入欄							
希望 内容	分野 (該当に○)	第1希望	高齢者・障害者・児童・その他()				
		第2希望	高齢者・障害者・児童・その他()				
	施設名 (希望する施設があれば、 施設名をお書き下さい。)	第1希望					
		第2希望					
	日程 (なるべく第3希望までお書き下 さい。お申込日から10日以降の 日程をお願いします。)	第1希望	月	日()	～	月	日()
		第2希望	月	日()	～	月	日()
		第3希望	月	日()	～	月	日()
※土日祝日での体験希望は、受入施設・事業所の都合等で御希望に添えない場合があります。							
体験施設・事業所までの移動可能な手段		バイク・自転車・公共交通機関(JR・西鉄電車・バス・その他)					
その他配慮してほしい点等()							
◆在籍の高等学校記入欄							
社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 会長 様							
上記申込内容に間違いのないことを確認の上、申込者が職場体験を行うことを認めます。							
平成 年 月 日							
住 所 高等学校名称 及び代表者名							
印							

記載された個人情報、本事業の運営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。

お申込みは、郵送または、FAXで下記までお送り下さい。FAX送付後は、必ず下記あてに御連絡ください。

問い合わせ・申込先

福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 人材・情報課 (福岡県福祉人材センター)

〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ2階 TEL 092-584-3310 FAX 092-584-3319