

# 平成30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・障がい者・児童・その他( )				
		第2希望	高齢者・障がい者・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  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     住 所                      高等学校名称                      及び代表者名                 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">                     印                 </div>							

記載された個人情報は、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