

令和3年度 福祉・介護の職場体験事業 申込書(高校生以外用)

令和 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)		
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		実務の再体験			
	その他()					
福祉関係資格 (該当に○ 見込みの場合には△)	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員		
		ヘルパー(1,2,3級)	社会福祉主事	保育士		
		介護職員初任者研修	介護職員実務者研修	精神保健福祉士		
		看護師	その他()			
	無					
福祉関係での経験の有無	有・無		有の場合 →	経験年数(通算)	就いていた職業	
		年 月				
◆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 (該当に○)		車・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()						

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 施設・人材・研修部 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