様式1−2

令和3年度　福祉・介護の職場体験事業　申込書（高校生用）

令和　　年　　月　　日

◆基本項目事項

ふりがな 氏　名		性　別 （該当に〇）	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 （該当に〇）		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 （該当に〇）	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**でお願いします。）	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。

令和　　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・開示することもありません。

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