

送付先FAX番号 054-272-8831

体験希望日より原則 10 日前までにお申し込みください。 平成 年 月 日

介護施設等職場体験研修(介護職経験者復職支援事業)

申 込 書

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー		
電 話 番 号	自宅() ー		
	携帯() ー		
介護職経験	・介護職経験 (年) ・直近の退職日 年 月 日		
体験希望施設名			
第1希望			日間
第2希望			日間
第3希望			日間
職場体験希望日数 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 2日 * おおむね2日程度			
※なお、施設の受入状況により希望体験期間に対応できない場合がありますので御了承ください			
体験期間 第1希望			
体験期間 第2希望			
体験期間 第3希望			
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">福祉の資格</div> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※資格をお持ちの場合、該当するものに○印を付けてください。 ・介護福祉士 ・実務者研修 ・初任者研修(旧ヘルパー2級) ・看護師 ・その他() ・取得見込みの資格()			
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">一般資格</div> ・普通自動車免許 ・その他の資格()			

※記載された個人情報、体験受入決定施設に提供する他、本事業の運営上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。