

送付先 FAX: 054-272-8831 / E-mail:jinzai@shizuoka-wel.jp

福祉の職場見学ツアー申込書

年 月 日

ふりがな		性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
氏 名		生年月日		西暦 年 月 日 歳	
一 般	<input type="checkbox"/> 在職中 職 種 () 勤続年数 () 年 <input type="checkbox"/> 無 職		学 生	<input type="checkbox"/> 福祉系 <input type="checkbox"/> 一般 学 校 名 : 学 部 : 学 年 :	
	福祉職勤務経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			卒業後の進路 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学	
住 所		〒 ー			
電話番号		自宅 : () ー 携帯 : () ー			
参 加 の 機 関		<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい <input type="checkbox"/> 福祉の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
参加希望 コース名		<input type="checkbox"/> 希望コース名 () <input type="checkbox"/> 個別コース			
個 別 コ ー ス	第1 希望			※個別コースについては、人材センター職員との個別相談の上で決定いたします。 ※事業所と調整の上、すべての御希望に添えない場合がございます。御了承ください。	
	第2 希望				
	第3 希望				
福 祉 の 資 格		<input type="checkbox"/> あり (※該当するものに○を付けてください。) <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 介護福祉士 ・ 保育士 ・ 看護師 ・ 社会福祉主事 ・ 精神保健福祉士 ・ 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級) ・ 介護職員実務者研修 ・ その他 () ・ 取得見込みの資格 () <input type="checkbox"/> なし			
一般資格		<input type="checkbox"/> 普通自動車免許 <input type="checkbox"/> その他の資格 ()			
見学の際に、各事業所に確認、聞いてみたいことなどを御記入ください。					

※記載された個人情報は、見学施設に提供するほか、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。