

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

体験希望日より原則2週間前までにお申し込みください。

福祉の職場体験事業申込書

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
住 所	〒 —				
電話番号	自宅: ()	—	携帯: ()	—	
メールアドレス					
一 般	<input type="checkbox"/> 在職中	職 種 ()	学 生	<input type="checkbox"/> 福祉系	<input type="checkbox"/> 一般
	<input type="checkbox"/> 無 職	勤続年数 () 年		学 校 名:	学 部:
	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		
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。) ・ 介護福祉士 ・ 介護職員実務者研修 ・ 介護職員初任者研修 (旧ヘルパー2級) ・ 社会福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 保育士 ・ セラピスト (理学療法士・作業療法士等) ・ 看護師 ・ 取得見込みの資格 () ・ その他 () <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 ()				

体 験 希 望 施 設	施設数	<input type="checkbox"/> 1施設のみ <input type="checkbox"/> 複数希望 ※1施設3日間以上 (合計10日間以内)			
	第1希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間	別紙「体験受入施設・事業所一覧」を参照の上、御記入ください。
	第2希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間	
	第3希望	事業所番号 No. ()	希望職種 (介護 相談 看護 リハビリ)	日間	
体 験 希 望 日	※御都合の良い日にちを御記入ください。				【記入例】 4月6日(月)・7日(火)・8日(水) 4月6日(月)～9日(木)の内の3日間
参 加 の 機	<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"/> 知識・技術を学びたい <input type="checkbox"/> 実務の再体験				

※施設の受入状況により体験希望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。

※記載された個人情報、体験受入決定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。

※施設において福祉・介護職以外の職種 (相談・看護・リハビリの各職) を行う場合も、各職種と併せて、福祉・介護の仕事も体験するものとします。

※相談・看護・リハビリ職の体験はできない施設もあります。