

## 令和 6 年度 「福祉の職場体験事業」 参加申込書

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会 様

次のとおり、福祉の職場体験を申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな					小・中学生は保護者の署名	性別	男・女
氏名							
生年月日	西暦	年	月	日		年齢	歳
連絡先住所	〒 — —						
	電話番号	—	—		携帯番号	—	—
学校 (学生のみ)	学校名 大学・高校・中学・小学 年						
	福祉関係のコース名( ) 担当者名 ※担任教師等( )						
経験・資格 (一般のみ)	福祉職 経験有無	有・無	有場合の 経験年数	年	ヶ月	福祉関係 の資格	
参加の 動機	(福祉の仕事につきたい・知識や技術を学びたい・実務の再体験がしたいなど)						体験先への 移動手段
希望分野	※希望順位 1～3 番まで 数字を記入してください。						
	・高齢者		・障がい者			・体験希望先事業所	
	特別養護老人ホーム		生活介護事業所			第 1 希望	
	通所介護事業所 (〒イビス)		就労支援 就労継続支援事業所			第 2 希望	
希望日数	日間 ※1施設での体験希望日数(1日～10日)						
希望時期	・希望時期あり( 月 日頃)			・特になし			
※情報提供希望者(登録期間は1年間)として登録することに同意しますか						・同意する ・同意しない	

※ 調整のため、遅くとも**体験希望日の3週間前まで**に提出してください。

※ ご記入いただいた個人情報、本事業の運営以外の目的で使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。

※ 情報提供希望者として同意された方には、福祉人材・研修センターの催しや就職に関する情報を提供します。

送付先	〒860-0842 熊本市中央区南千畑町3番7号 熊本県総合福祉センター4階						
熊本県福祉人材・研修センター	TEL	096-322-8077	FAX	096-324-5464			