

(様式1)

「福祉の職場体験学習」 申込書

令和 年 月 日

氏名	(フリガナ)	性別	男・女	年齢	歳	
(学生の場合)	学校名		学年		年	
住所	〒	—	電話番号	(自宅)		
				(携帯)		
参加の動機 (該当するものに ○印を記入)		福祉の仕事がしたい		福祉の仕事に関心がある		
		知識、技術を学びたい		施設の仕事について知りたい		
		実務の再体験		その他()		
福祉関係資格 (該当するものに ○印を記入)		介護福祉士		社会福祉士		介護支援専門員
		実務者研修		保育士		看護師・准看護師
		介護職員初任者研修		その他()		資格なし
その他	※学びたい事や、目標、希望することを記入してください。					
福祉の仕事の経験 (該当するものに○印を記入)		ない		ある	職種名() 年数()年()ヶ月	
希望施設名 または 希望分野 *希望に添えない場合もあります。	記入例	特別養護老人ホーム ○○園				
	第1希望					
	第2希望					
	第3希望					
希望日数 ※希望する日数をご記入ください (1施設3日間まで)	日間					
希望日程 ※なるべく複数の希望日程をご記入ください。 *お申込みから体験開始まで10日間ほど かかります。	記入例	7月29日(月)～7月31日(水)				
	第1希望	月	日()	～	月	日()
	第2希望	月	日()	～	月	日()
	第3希望	月	日()	～	月	日()

*本申込書に記載された内容は、本学習会に必要な事務手続き等を行う際の情報として利用する以外には利用いたしません。
本人の同意なく第三者への開示または提供はいたしません。

返信先FAX番号 : 0985-27-0877

(様式1)

記入例

「福祉の職場体験学習」 申込書

令和 7 年 7 月 1 日

氏名	(フリガナ) フクシ タロウ	性別	男・女	年齢	30 歳
	福祉 太郎				
(学生の場合) 学校名				学年	年
住所	〒 880 - 8515 宮崎市原町 2 番 22 号		電話番号	(自宅) 0985-11-2222	
				(携帯) 090-3333-4444	
参加の動機 (該当するものに ○印を記入)	<input checked="" type="radio"/>	福祉の仕事がしたい		福祉の仕事に関心がある	
		知識、技術を学びたい	<input checked="" type="radio"/>	施設の仕事について知りたい	
		実務の再体験		その他()	
福祉関係資格 (該当するものに ○印を記入)		介護福祉士		社会福祉士	介護支援専門員
	<input checked="" type="radio"/>	実務者研修		保育士	看護師・准看護師
		介護職員初任者研修		その他()	資格なし
その他	※学びたい事や、目標、希望することを記入してください。 ・食事介助や入浴介助など、仕事の流れについて学びたい。				
福祉の仕事の経験 (該当するものに○印を記入)		ない	<input checked="" type="radio"/>	ある	職種名(介護職) 年数(1)年(6)ヶ月
希望施設名 または 希望分野 *希望に添えない場合もあります。	記入例	特別養護老人ホーム ○○園			
	第1希望	特別養護老人ホーム ●●● 園			
	第2希望	△△△ デイサービスセンター			
	第3希望	障がい者福祉施設 □□□の里			
希望日数 ※希望する日数をご記入ください (1施設3日間まで)	3 日間				
希望日程 ※なるべく複数の希望日程をご記入ください。 *お申込みから体験開始まで10日間ほど かかります。	記入例	7 月 29 日 (月) ~ 7 月 31 日 (水)			
	第1希望	8 月 5 日 (月) ~ 8 月 7 日 (水)			
	第2希望	8 月 21 日 (水) ~ 8 月 23 日 (金)			
	第3希望	9 月 3 日 (火) ~ 9 月 5 日 (木)			

*本申込書に記載された内容は、本学習会に必要な事務手続き等を行う際の情報として利用する以外には利用いたしません。
本人の同意なく第三者への開示または提供はいたしません。

返信先FAX番号 : **0985-27-0877**