

福祉・介護の職場体験申込書

太地町社会福祉協議会 会長 様

フリガナ 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 平成
連絡先	住所	〒 _____				
	TEL			携帯電話		
区分	<input type="checkbox"/> 一般 ・ <input type="checkbox"/> 学生		職業又は学校名・学年			
福祉・介護職場経 験の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		経歴年数 (通算)		就いていた職業	
			年 月			
福祉・介護関係資格 (該当に○、取得中 の場合は△)	介護福祉士		社会福祉士		介護支援専門員	
	ヘルパー (1級、2級)		社会福祉主事		保育士	
	介護職員初任者研修		介護職員実務者研修		精神保健福祉士	
	看護師		その他 ()			
	無					
参加の動機	<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 <input type="checkbox"/> 体験先での就職希望 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※資格証のコピーを添付願います。

〈希望内容〉

体験希望日	第1希望 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
	第2希望 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
	第3希望 令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
※1～10日間の範囲で第3希望までご記入ください。	
体験希望 事業所	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 (ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> 通所介護事業所 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー) <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会
体験先まで の移動手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

※体験希望日の2週間前までにお申し込みください。

※記載された個人情報は、本事業のみに使用し、他の目的には使用しません。

※居宅介護支援事業所は見学のみとなります。

誓約書

私は、職場体験にて知り得た情報について、体験中また体験終了後も一切他に漏らさないことを誓います。

令和 年 月 日 氏名 _____

〈申込者が未成年の場合〉

同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人太地町社会福祉協議会 会長 様

私は、下記体験者の福祉・介護の職場体験参加を、保護者として同意いたします。

体験者氏名： _____

保護者氏名： _____ ⑩ 体験者との続柄： _____

保護者住所： 〒 _____

緊急連絡先： 電話番号 _____

※記載された個人情報は、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。