

高知県福祉人材センターに提出してください

FAX 088-821-6765

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1

職場体験申込書

私は、社会福祉法人高知県社会福祉協議会が実施している福祉・介護職場体験事業に下記のとおり申し込みます。
なお、体験に際しては、個人情報保護の遵守等、体験先施設・事業所の規定及び指示に従い、誠実に実習します。

申込日	年 月 日		
ふりがな			性別
申込者氏名	男・女		
生年月日	西暦	年 月 日生	年齢 歳
ふりがな			
住所	〒 -		
在職区分 (該当に○)	一般・学生 (学校・学部名: 学年:)		
連絡先	電話: - -	携帯: - -	
福祉・介護関係の 資格 (該当に○)	1. 介護職員初任者研修 2. 実務者研修 3. 介護福祉士 4. 介護職員基礎研修 5. ホームヘルパー(1級/2級) 6. 看護師 7. 准看護師 8. ほか()		
福祉・介護の 仕事の経験	なし・あり		
体験希望 施設・事業所名			
施設・事業所の 種類 (該当に○)	高齢・障害・児童・保育		
体験希望 市町村・地域名			
体験希望日程	① 年 月 日から 年 月 日までのうち 日程度 ② 1日の体験希望時間: 時間		
体験希望の 動機 (該当に○)	1. 福祉の仕事に就きたい 2. 福祉の仕事に関心がある 3. 知識・技術を学びたい 4. 実務の再体験 5. ほか()		
その他の 連絡			

※ この申込書により知り得た個人情報は、職場体験及び福祉人材センター・バンクが行う事業のみに使用し、他の目的に使用することや、第三者に提供することはありません。