

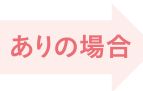
福祉・介護職場体験申込書

申込み

体験希望日の**3週間前**までに、申込書に必要事項を記入の上、FAX又はメールで下記までお申し込みください。

決定

体験先が決まり次第、ご連絡します。体験事業所の行事等都合により、日程調整のご相談をさせていただく場合があります。

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号 <small>(日中連絡のとれる番号)</small>	【 携帯・自宅 】		
職業又は学校名			
申込理由 <small>(該当に○)</small>	<input type="checkbox"/> ① 福祉の職場で働きたいと考えているから <input type="checkbox"/> ② 知識や技術を学びたいと思ったから <input type="checkbox"/> ③ その他()		
福祉関係資格	なし・あり ()		
福祉関係での 経験の有無	なし・あり 	経験年数(通算)	職種
		年 月	
体験希望日	第1希望	月 日()、 月 日()、 月 日()	
	第2希望	月 日()、 月 日()、 月 日()	
希望事業所 <small>(*希望する番号に ○をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> ① 特別養護老人ホーム、グループホーム等の高齢者福祉関係事業所 <input type="checkbox"/> ② 児童養護施設・保育所等の児童福祉関係事業所 <input type="checkbox"/> ③ 身体障がい・知的障がい等の障がい者福祉関係事業所 <input type="checkbox"/> ④ おまかせ <input type="checkbox"/> ⑤ 1～3を選ばれた方で、体験したい事業所がはっきりしている場合は事業所名を書いてください。 ()		
ご要望等			

申込み先

FAX 089-921-3398

mail jinzai@ehime-shakyo.or.jp