

送付先：新潟県福祉人材センター FAX：025-282-0548

様式 2

※お手数ですが、FAX送信後、到着確認の電話をお願いします。 TEL：025-281-5523
 ※郵送、来所でのお申し込みも可能です。

介護の職場体験申込書

申込日： 年 月 日

氏 名	ふりがな	該当に○	男 ・ 女	一般 ・ 学生 ・ 高校生
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
学生・高校生の方は ご記入ください	学校名：	科 ・ 学部		学年
連 絡 先	住 所	〒 ー		
	TEL (携帯)			
	T E L			
参加の動機 (該当に○)	福祉の仕事に就きたい		福祉の仕事に関心がある	
	知識・技術を学びたい		実務の再体験	
	その他 ()			
福祉関係資格 (該当に○)	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員
		介護職員初任者研修	ヘルパー (1、2、3級)	社会福祉主事
		その他 ()		
	無			

希望施設 (本誌5～16ページ より選んでください)	第1希望	No.	施設名：				
	第2希望	No.	施設名：				
	第3希望	No.	施設名：				
希望日数 (いずれかに○)	1日 2日間 3日間 4日間 5日間						
希望日程 ※なるべく第3希望まで お書きください	第1希望	月 日()～ 月 日()					
	第2希望	月 日()～ 月 日()					
	第3希望	月 日()～ 月 日()					
特記事項							

※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。

問い合わせ 連絡先：新潟県福祉人材センター TEL：025-281-5523