

送付先：新潟県福祉人材センター

FAX：025-282-0548

様式1

E-mail：ni.jinzaicenter@fukushiniigata.or.jp

※お手数ですが、FAX送信後に到着確認の電話をお願いします。TEL：025-281-5523

※メール・郵便・来所でのお申込みも可能です。メールは、ホームページより申込書をダウンロードください。

介護施設の職場体験申込書

申込日： 年 月 日

氏 名	ふりがな		該当に○	男・女	一般 ・ 学生 ・ 高校生
職 業	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		〒 -		
	TEL(本人携帯・自宅)				
	TEL(緊急連絡先)		(続柄)		
参加の動機 (該当に○)	福祉の仕事につきたい		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○印)	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	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○印)	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

<http://www.fukushiniigata.or.jp/jinzai/>