

別紙1
[申込者→バンク]

送付先FAX番号 053-453-0716

No.	
受付日(福祉人材バンク)	
西暦	年 月 日
担当	照合 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>

必ず体験研修希望日より10日前までにお申し込みください。

介護・福祉のしごと体験研修事業申込書

西暦 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
		生年月日	西暦 年 月 日 () 歳	
一般	<input type="checkbox"/> 在職中 職種 () 勤続年数 () 年	学生	<input type="checkbox"/> 福祉系 <input type="checkbox"/> 一般	
	<input type="checkbox"/> 無職		学年 () 年	学校名 ()
	福祉職勤務経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		学部 ()	卒業後の進路希望 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学
住所	〒 -			
電話番号	自宅 () - 携帯 () -			
参加の動機 (該当に○)	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に就きたい	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> 実務の再経験	
2 介護・福祉のしごと体験研修希望施設名 (別紙を参照のうえ、選んでください。)				
<input type="checkbox"/> 1施設のみ <input type="checkbox"/> 複数施設希望				
第1希望	事業所番号 No.			日間
第2希望	事業所番号 No.			日間
第3希望	事業所番号 No.			日間
介護・福祉のしごと体験研修希望日数 合計 () 日間 * 1日間から3日間以内 * 複数の施設で体験研修を希望される方は、1施設1日間以上で複数施設を選んでください。 支障がある場合はご相談ください。 * なお、施設の受入れ状況により希望研修期間に対応できない場合がありますのでご了承ください。				
体験期間 第1希望				
体験期間 第2希望				
体験期間 第3希望				
福祉の資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし * 資格をお持ちの場合、該当するものに○印をつけてください。 ・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・介護福祉士 ・保育士 ・看護師 ・社会福祉主事 ・精神保健福祉士 ・ホームヘルパー () 級 ・介護職員初任者研修 ・実務者研修 ・取得見込の資格 ()			
一般資格	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許 ・その他の資格 ()			

* 記載された個人情報、本事業の運営上以外の目的で利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。