

インターシップ体験会(職場体験) 申込書(一般・大学生用)

平成 年 月 日

◆基本項目事項					
ふりがな 氏名			性別 (該当に○)	男・女	年齢 歳
連絡先	住所	〒 -		学校名	
	TEL			TEL(携帯)	
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 該当資格に○ 見込の場合△	有	介護福祉士	社会福祉士	介護支援専門員	
		ヘルパー(1,2,3級)	社会福祉主事	保育士	
		介護職員初任者研修	介護職員実務者研修	精神保健福祉士	
		看護師(正・准)	その他 ()		
	無				
福祉関係での経験 の有無	有・無		有の場合 →	経験年数(通算) 年 月	就いていた職種
◆希望内容記入欄					
希望 内 容	分野(該当に○)	高齢者福祉事業			
	施設名 (希望する施設があれば、 施設名をお書きください)	第1希望			
		第2希望			
		第3希望			
	日程 (なるべく第3希望までお書き下さい。 お申込み日から10日以降の日程でお 願います。)	第1希望		月 日 () ~ 月 日 ()	
		第2希望		月 日 () ~ 月 日 ()	
第3希望		月 日 () ~ 月 日 ()			
※土日祝日での体験希望は、受入施設・事業所の都合等でご希望に添えない場合があります。					
体験施設・事業所までの移動可能な手段 (該当に○)			車・バイク・自転車・公共交通機関(JR・バス・その他)		
その他配慮してほしい点等					

記載された個人情報、本事業の運営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・提示することはありません。

お申し込みは、郵送または、FAX mail で下記までお送り下さい。確認後、こちらより連絡します。



社会福祉法人
ひとつの会

〒747-0065 防府市大字大崎 801-1

TEL 0835-26-6667 (大矢・古谷・福田)

FAX 0835-26-6668

mail info@hitotsunokai.jp