

## インターシップ体験会(職場体験) 申込書(高校生用)

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	〒 -						
	TEL			TEL(携帯)				
在籍している 高校	高校名			担当教員				
	所在地							
	TEL			FAX				
参加の動機 (該当に○)	有	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		進学先決定の参考にしたい				
		その他 ( )						
◆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○)				送迎あり・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( )								
上記申込み内容に間違いがないことを確認の上、申込み者が職場体験を行う事を認めます。								
平成 年 月 日								
住所								
高等学校名称								
及び代表者名								
印								

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で下記までお送り下さい。FAX送付後は、必ず下記あてにご連絡ください。



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