

〈送付先〉秋田県福祉保健人材・研修センター
FAX 018-864-2877

「秋田県介護の職場体験」申込書

令和 年 月 日

フリガナ								
申込者氏名								
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
住所		〒						
電話番号 (8:30~17:00の間の時間帯)		※必ず連絡がとれる電話番号をお書きください。 (携帯・自宅) () -			E-mail			
職業		<input type="checkbox"/> 学生(中学・高校・専門・短大・大学) <input type="checkbox"/> 一般			学校名		(学年: 年生)	
学校の担当者名					学校電話 F A X		() -	
希望施設	第1希望	市町村名:						
	第2希望	市町村名:						
	第3希望	市町村名:						
希望期日	第1希望	月 日()~ 月 日()の1・2・3日間				※調整には3週間ほど時間を いただいております。		
	第2希望					※受入施設側の事情等により、 希望にそえない場合もあり ます。		
	第3希望					※最長3日間の体験です。		
参考事項	体験中の 通所方法	可能なものにレ点をつけてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 公共交通機関を使つての通所 <input type="checkbox"/> 自家用車(家族の送迎含む) <input type="checkbox"/> 自転車、バイクでの通所 <input type="checkbox"/> その他()						
	体験を 希望する 動機	該当するものにレ点をつけ理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 福祉の仕事につきたい <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"/> 現場を再体験したい 上記の理由()						
特記事項								