

下記のとおり、助成金付きインターンシップを申し込みます。

また、この体験にて知り得た情報は、体験中、体験後においても、決してこれを他に漏らしません。

以上のことに同意します。 はい (必ずチェックをしてください)

申込日 年 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)	
住 所	〒				
連絡先	当センターから連絡させていただきます。スマートフォンなど必ず連絡のとれる番号をお書きください。 電話番号				
現在の職業等	社会人	無職 ・ 在職中 (職種)			
	学 生	(学校名 / 学部 学科(コース) 回生)			
福祉職場の 経験・資格	経 験	無 ・ 有 (年 ヶ月 / 分野 : 高齢 ・ 障害 ・ 児童 ・ その他)			
	資 格	無 ・ 有	1. 介護福祉士 2. 実務者研修 3. 初任者研修 4. 介護支援専門員 5. 社会福祉士 6. 看護師 7. 保育士 8. その他 ()		

希 望 日	希望体験日数に ○をつけて下さい。	1日 ・ 2日 ・ 3日 ・ 4日 ・ 5日
	*日程調整の都合上、原則、1か月後以降の希望日をお書きください。 ただし、都合上、1か月を切る場合は、事前に当センターまでご相談ください。 (希望日について詳細が必要であれば備考欄にご記入下さい。)	
	第1希望	月 日() ~ 月 日()
	第2希望	月 日() ~ 月 日()
	第3希望	月 日() ~ 月 日()
備 考		
体験希望先	*「受入リスト」から希望先を選んでください。 番号 () 施設名 ()	
希望先までの 交通手段(予定)	該当するものを○で囲んでください。 車 ・ 原付(バイク) ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 公共交通機関 ・ その他 ()	
参加の動機 (複数選択可)	1. 職場の雰囲気を知りたい 2. 仕事の内容を知りたい 3. 福祉の仕事に就きたい 4. 知識・技術を学びたい 5. その他 ()	
知ったきっかけ	1. 介護・福祉人材センター 2. ハローワーク 3. 市町役所 4. 学校 5. 市町社会福祉協議会 6. その他 ()	
特記事項 (配慮してほしい点など)		