

様式2(体験希望者 → 滋賀県介護・福祉人材センター)

かいご・ふくし助成金付きインターンシップ 申込書

[申込日] 年 月

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。

ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
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 ヵ月 / 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 ()	

体験希望日	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、ご自身の都合上、どうしても1か月を切る場合は、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 曜日 ~ 月 日 曜日
	第2希望	月 日 曜日 ~ 月 日 曜日
	第3希望	月 日 曜日 ~ 月 日 曜日
	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 ()	
体験先までの交通手段 (予定)	該当するものを○で囲んでください。	
	車 ・ 原付 ・ 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)		

送付先	南部介護・福祉人材センター (滋賀県介護・福祉人材センター) 〒525-0032 草津市大路1-1-1 ガーデンシティ草津・エルティ932 3階 TEL : 077-567-3925 FAX : 077-567-3928
	湖北介護・福祉人材センター (滋賀県介護・福祉人材センター) 〒526-0036 長浜市地福寺町4-36 長浜市民交流センター1階 TEL : 0749-64-5125 FAX : 0749-64-5126

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は本事業及び就職活動サポートのために使用するもので、他の目的で使用することはありません