



# 助成金付きインターンシップ<sup>2021</sup> 申込書

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。

南部介護・福祉人材センター ▶ FAX 077-567-3928

湖北介護・福祉人材センター ▶ FAX 0749-64-5126

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				
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)					