

## 福祉・保育の職場見学・体験 参加申込書

令和 年 月 日

※氏名	フリガナ		※性別	※年齢	
				歳	1. 学生 2. 一般
住所	〒				
※連絡先	平日の8:30～17:00までの間で連絡がとれる番号をご記入ください。 — — (自宅・携帯・その他)				
※所有資格 ※取得は○、見込みは△	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. 保育士	7. 看護師・准看護師	8. 栄養士	9. 調理師	10. その他( )
※福祉関係の職歴	有・無	有の場合	経験年数(通算)		就いていた職業
			年	ヶ月	
※申込理由 (該当に○)	1. 福祉の仕事に就きたい		2. 知識・技術を学びたい		
	3. 職場の雰囲気を知りたい		4. 実際の仕事を体験したい		
	5. その他 ( )				

## ※お申しいただいた方へ

ご記入いただきました個人情報、当事業の運営に係る業務の範囲でのみで使用させていただきます。なお、※の項目については、受入調整にあたって見学・体験希望先へ情報提供いたしますので予めご了承ください。

本会確認欄	求人票No.
-------	--------

## 希望内容

区分	<input type="checkbox"/> 見学	<input type="checkbox"/> 体験	見学・体験を希望する職種	保育士・介護職・その他( )
施設名	★見学・体験を希望する施設名を記入してください。(申込受理後に希望先の施設等との調整をします)			
		当日の 交通手段	公共交通機関・自家用車(駐車場 要・不要)・その他( )	
希望日時	第1希望	希望日	希望時間	
	第2希望	希望日	希望時間	
※見学・体験の日程は、受入施設との調整により決定させていただきます。期日に余裕をもってお申込みください。				
希望日数	体験コースのみ1～5日間以内で希望日数を記入してください。( )日間			
同行希望	見学コースでは希望する場合に就職支援コーディネーターが見学に同行可能です。(希望する・希望しない)			

本会確認欄	有 ( 求職票No. )	無 ( <input type="checkbox"/> 案内済 )
-------	--------------	------------------------------------

調整状況	受入施設名	( 担当者 ) 連絡先 ( )			
	施設依頼日	月 日 ( )	受入決定	可・否	受入決定日 月 日 ( )
	実施日	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )	実施時間	: ~ :	
	備考				

## 《お申込み・お問合せ先》

松江 (出雲市以东にお住まいの方)

島根県福祉人材センター

〒690-0011 松江市東津田町1741-3 いいきプラザ島根2F

TEL:0852-32-5957 FAX:0852-32-5956

E-mail: jinzai@fukushi-shimane.or.jp

浜田 (大田市以西にお住まいの方)

島根県福祉人材センター石見分室

〒697-0016 浜田市野原町1826-1 いわみーる2F

TEL:0855-24-9340 FAX:085-24-9341

E-mail: jinzai-iwami@fukushi-shimane.or.jp