

送付先

FAX 097-552-7002

大分県福祉人材センター

福祉・介護の職場体験参加申込書

フリガナ			
氏名		男・女	昭・平 年 月 日生( 歳)
住所	〒	連絡先	・自宅 — — ・携帯 — — E-mail <small>※日中に連絡がつく番号に○印をつけて下さい。担当者から直接連絡させていただく場合があります。</small>
職業等	会社員 公務員 自営業 パート・アルバイト 主婦 無職 学生(一般・訓練校等) その他( )		
福祉職の経験等	経験	① 無 ② 有(経験 年 月)	
	資格	① 無 ② 有(資格名 )	
参加の理由	・福祉・介護の仕事を知りたい ・基本的な知識・技術を知りたい ・福祉・介護の仕事に就きたい ・その他( )		
希望の施設名	第1希望 No. _____	日程	月 日 ~ 月 日( 日間)
	第2希望 No. _____	日程	月 日 ~ 月 日( 日間)
昼食	持参する 施設の昼食を希望する(有償)		
この資料をどこで入手しましたか	・福祉人材センター ・ハローワーク ・市町村窓口 ・社会福祉協議会 ・学校 ・その他( )		

※該当欄に記入又は○印をして下さい。(黒ペン等を使用し、明確に記入してください。)

※希望日程は、受入施設の都合により調整したり、お断りする場合があります。

※日程、受入施設が決定したい、事前に体験における注意事項などについて文書でお知らせします。

※職場体験期間中は保険に加入します。手続きは当センターで行います。

※個人情報情報は目的以外には使用しません。

※昼食は原則持参ですが、有償で提供できる施設(昼食欄で確認)がありますので、必要であれば○印をしてください。

※申込締切は、希望日程の10日前とします。

最終の締切は2月10日

職場体験の事業所及び日程が決まりましたら、決定通知書を送付いたします。  
届かない場合は下記までご連絡ください。

TEL:097-552-7000 FAX:097-552-7002

FAX申し込みはウラ、オモテを間違えずに正確に送信して下さい。