

送付先 石川県福祉の仕事マッチングサポートセンター

【様式2】

FAX 076-234-1153

体験希望者 → 石川県社会福祉協議会 → 受入事業所

令和 年 月 日

福祉・介護の職場体験 申込書 (体験者用)

職場体験受入事業所様

(社福)石川県社会福祉協議会様

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男・女

〒

住 所 _____

電話・携帯番号 _____

求職登録番号 _____ (当センターに求職登録済の方のみ記入)

体験希望 事業所名			
体験希望日	第1希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	第2希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
※ 1週間位後の日付でお申し込みください。(事業所との連絡調整に数日かかります。) 受入事業所と合致しない場合は、再調整することがあります。			
現在の 状 況	<input type="checkbox"/> 就労中	福祉 () その他 ()	福祉分野での就労経験 有・無 「有」の場合経験期間 約 _____ 年
	<input type="checkbox"/> 未就労		
	<input type="checkbox"/> 学生	学校名 _____	_____ 年生
福祉関係 資 格	取得済み		
	受講中(年 月修了予定)		
	受講予定(年 月開始予定)		
参加の 動 機	<input type="checkbox"/> 福祉の仕事に向いているか知りたい		
	<input type="checkbox"/> 就職先を探している		
	<input type="checkbox"/> 体験先での就職希望		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
その他 特記事項			

※記載された個人情報は、職場体験事業のみに使用し、他の目的には使用しません。

※申込書は、体験先にも提供いたします。

誓 約 書

私は、職場体験にて知り得た情報について、体験中また体験終了後も一切他に漏らさないことを誓います。

令和 年 月 日 氏 名 _____