

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 日

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 カ月 / 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	くさつセンター (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
	ひこねセンター (滋賀県介護・福祉人材センター) 〒521-0074 彦根市大東町2-28 アルプラザ彦根4階 コーヂータウン TEL:0749-21-6300 FAX:0749-21-6205

## 【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。