様式第３号　　　　　　　*初回お申込の方は必ず福祉人材センターまでご連絡お願いします*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 提　出　先 | 初回のみ | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | ２回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。** | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | 生年月日 | S・H　年　月　日（　　　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL |  | 携帯 |  |
| FAX |  | E-MAIL |  |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 |  | 年生 |
| 学部・学科（大学の場合） |  |
| 福祉・介護関係の資格 |  |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
| **※事業所と相談の上、ご記入下さい。** | 体験希望日時 | 令和 　 年 　 月 　 日 ～ 令和 　 年 　 月 　 日　時　　分　～　　　時　　分 |
| 体験施設・事業所名希望サービス・職種 |  |
| その他通信欄 |  |

**福祉体験学習申込書**

**【受入施設・事業所記入欄】**※受入の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
|  |
| 上記の者の体験日 |  |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

様式第３号 【参加者記入例　体験学習登録時】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **初回の方は、福祉人材センターで登録後記入します。****登録証がある方は、****ご自身でご記入ください。** |  | 提 出 先 | 初回のみ | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | ２回目以降 | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい。** | ふりがな | ひょうご　たろう | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 兵　庫　太　郎 |
| 住　　所 | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉センター１F | 生年月日 | S・H　10年4月1日（　20　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX |
| FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 | ○○○大学 | 2年生 |
| 学部・学科（大学の場合） | 人間科学部社会福祉学科 |
| 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
| **※事業所と相談の上、ご記入下さい。** | 体験希望日時 | 令和　 年 　月　 日 ～ 令和　 年 　 月 　 日　時　　分　～　　　時　　分 |
| 体験施設・事業所名希望サービス・職種 |  |
| その他通信欄 |  |

**福祉体験学習申込書**

**【受入施設・事業所記入欄】**※受入の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
|  |
| 上記の者の体験日 |  |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |