様式第３号　　　　　　　***はじめに兵庫県福祉人材センターへの登録が必要になります***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 提　出　先 | 登録時 | 〒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：078-271-3881  FAX：078-271-3882  e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号  (はじめての方  は記載不要) |  |  | 体験申込時 | 体験を希望する受入施設・事業所へ  直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | | | | | | 性別 |  | |
| 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（児童・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 | |  | | | | |
|  | 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**

**※事業所と相談の上、ご記入下さい**。

**※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（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 　　　　　　　　　　 **記入例１**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福祉人材センターで登録後記入します。** |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒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：078-271-3881  FAX：078-271-3882  e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号  (はじめての方  は記載不要) |  |  | **体験申込** | 体験を希望する受入施設・事業所へ  直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | ひょうご　たろう | | | | | | 性別 | 男 | |
| 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　△年４月１日  （ ○○ ）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（児童・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**

**※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（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 　　　　　　　　　　 **記入例２**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福祉人材センターで登録後記入します。** |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒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：078-271-3881  FAX：078-271-3882  e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号  (はじめての方  は記載不要) |  |  | **体験申込** | 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 | |
| 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　△年4月1日  （ ○○ ）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（児童・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  **体験希望日時は事業所と電話相談の上、申込者が記入。その後、事業所へ申込書をFAXして下さい。** | | | 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  サービス・職種 | | 特別養護老人ホーム○○荘  介護職 | | | | | | | |
| 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】※体験日の前日（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 　　　　　　　　　　　**記入例３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒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：078-271-3881  FAX：078-271-3882  e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号  (はじめての方  は記載不要) |  |  | **体験申込** | 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 | |
| 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　△年4月1日  （ ○○ ）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（児童・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 | | 特別養護老人ホーム○○荘  介護職  **受入事業所の記入欄。**  **体験希望者から申込書を受理したら、「受入施設･事業所記入欄」に漏れのないよう記入の上、体験日の前日までに**  **人材センターへFAXして下さい。** | | | | | | | |
| 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】※体験日の前日（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 | | 特別養護老人ホーム○○荘 | | | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
| 高38 |
| 上記の者の  体　験　日 | | ４／２～４／4、 ４／１５、 ５／１  **FAX受理後、確認印を押して人材センターより事業所へ返信いたします。** | | | |
| 連絡  先 | 担当者 | ○○　○○○ | | | |
| ＴＥＬ | xxx-xxx-xxxx | ＦＡＸ | xxx-xxx-xxxx | |