

送付先 石川県福祉の仕事マッチングサポートセンター
FAX 076-234-1153

【様式2】

体験・実習希望者 → 石川県社会福祉協議会 → 受入事業所
令和 年 月 日

福祉の職場体験・保育実習申込書（体験・実習者用）

職場体験・保育実習受入事業所 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・実習希望事業所名			
体験・実習希望日	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)		
	※ <u>1~3週間位後の日付</u> 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	() 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
	() 未就労		
	() 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	福祉の仕事に向いているか知りたい		
	就職先を探している		
	体験・実習先での就職希望		
	将来保育現場に就労するために現場を知っておきたい・不安を解消したい		
その他特記事項			

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

※申込書は、体験・実習先にも提供いたします。

誓約書

私は、職場体験・保育実習にて知り得た情報について、体験・実習中また体験・実習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