

様式第2号

令和5年度 福祉・介護の職場見学・体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな)		(ふりがな)	
学校名	学校	担当者名	
		職名	
連絡先	メールアドレス (必須) @		
	住所 〒		
	電話番号		FAX番号

見学・体験希望生徒人数 合計 名

	(ふりがな) 生徒氏名	学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①	☐ 見学 ☐ 体験	年		
②	☐ 見学 ☐ 体験	年		
③	☐ 見学 ☐ 体験	年		
④	☐ 見学 ☐ 体験	年		
⑤	☐ 見学 ☐ 体験	年		

見学・体験希望期間

①	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
②	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
③	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
④	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
⑤	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間

ご要望・ご意見

- *学校取りまとめ申込書(様式第2号)と申込書(様式第1号)を人数分添えて提出してください。(17才以下の場合は、保護者の同意欄に署名のこと)
- *受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での見学・体験が難しい場合がございます。
- *事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。
- *感染症の流行など状況により、延期・中止となる場合がありますのでご了承ください。

様式第2号

< 記 入 例 >

令和5年度 福祉・介護の職場見学・体験事業(学校取りまとめ用) 申込書

令和5年 7月 1日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 殿

(ふりがな) いばらきけんりつふくしこうとう		(ふりがな) じんざい たろう	
学校名	茨城県立 福祉高等 学校	担当者名	人材 太郎
		職名	進路指導担当主任
連絡先	メールアドレス (必須) jinzaikakuho@ibaraki-welfare.or.jp		
	住 所 〒310-8586 水戸市千波町1918		
	電話番号	029-241-4544	FAX番号

見学・体験希望生徒合計 3 名

	(ふりがな) 生徒氏名		学年	体験者住所 (市町村名)	希望地域・事業所名
①	☒ 見学 ☐ 体験	しのはら たかゆき 篠原 隆之	1 年	水戸市	水戸市
②	☐ 見学 ☒ 体験	きつかわ まり 橘川 まり	1 年	ひたちなか市	水戸市、ひたちなか市
③	☒ 見学 ☐ 体験	おかざき けい 岡崎 圭	2 年	東海村	ひたちなか市
④	☐ 見学 ☐ 体験		年		
⑤	☐ 見学 ☐ 体験		年		

見学・体験希望期間

①	8月 1日 (火) ~ 8月 1日 (火) までの (1) 日間
②	8月 8日 (火) ~ 8月 10日 (木) までの (3) 日間
③	8月 24日 (木) ~ 8月 24日 (木) までの (1) 日間
④	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間
⑤	月 日 () ~ 月 日 () までの () 日間

ご要望・ご意見

*学校取りまとめ申込書(様式第2号)と申込書(様式第1号)を人数分添えて提出してください。(17才以下の場合は、保護者の同意欄に署名のこと)

*受入れ事業所の都合により、希望者全員同施設での見学・体験が難しい場合がございます。

*事業所により、事前の健康診断・細菌検査が必要な場合がございますが、その際の費用は自己負担となります。

*感染症の流行など状況により、延期・中止となる場合がありますのでご了承ください。