様式第１号

**令和5年度　福祉・介護の職場見学・体験 申込書**

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長　殿

下記にご記入いただきＦＡＸまたは郵送,メールにて茨城県福祉人材センターへ提出してください。

本会ホームページから様式をダウンロードできます。茨城県社協ホームページ➡福祉の仕事・研修➡イベント

情報➡福祉･介護の職場見学・体験事業について➡様式第１号 令和５年度 福祉･介護の職場見学・体験 申込書

**茨城県福祉人材センター行（ＦＡＸ０２９－２４４－４５４３）**

**メールアドレス　jinzaikakuho@ibaraki-welfare.or.jp**

〒310-8586水戸市千波町1918　セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2階

社会福祉法人　茨城県社会福祉協議会内　茨城県福祉人材センター

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **申込日** | 令和　　年　　月　　日 |
| **（ﾌﾘｶﾞﾅ）** |  | **性 別** | 男 ・ 女 |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 昭和　・　平成　　　　年　　　月　　　日 | **年 齢** | 歳 |
| **住所** | 〒※郵便物が届くようにアパート・マンション名、部屋番号も省略せずに記入してください。 |
| **連絡先** | TEL・携帯電話 |  | メールアドレス |  |
| **※学生の方は記入してください** | 学校名 | 年生 |
| 緊急連絡先保護者氏名 | TEL　　　　　　　　　　　 | 本人との関係 |  |
| **参加動機** | □福祉の仕事に就きたい　□福祉の仕事に興味・関心がある　□その他 |
| **体験を通して学びたいこと** | □施設の概要　□仕事の内容　□利用者について　□その他（　　　　　　） |
| **福祉・介護職歴の有無** | 有　・　無　　　　　　　　　　　　年 |
| **福祉分野での保有資格****（該当するもの全て）** | □介護福祉士　□介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー２級含む）□社会福祉士　□精神保健福祉士　□その他（　　　　　　　）　□資格なし　　　　　 |
| **見学・体験希望内容** | ・希望地域（　）県北　（　）県央　（　）鹿行　（　）県南　（　）県西※複数ある場合は希望順位を（　）内に記入・具体的な希望市町村・希望分野があれば記入願います。市町村名（　　　　　　　　　　）　希望分野（　　　　　　　　　　　　　　　　　）※デイサービス、特別養護老人ホーム等・別添『見学・体験施設一覧』から施設を指定する場合は番号及び施設名を記入してください。施設名（番号：　　　　　/　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **希望コースと希望日**※調整には3週間ほどお時間をいただいております。※希望コースに☑を入れてください。 | **□** **見学コース**　第1希望　　月　　日（　）第2希望　　月　　日（　） |
| **□** **体験コース**　　　　月　　日（　）～　　月　　日（　）までの　 日間※受け入れ施設側の事情により、ご希望にそえない場合もあります。 |
| **誓約書** | 私は、見学・体験で知りえた利用者に関する個人情報を外部に漏らさないこと、また、見学・体験期間中は、施設の指示に従うことを誓約します。　　署名（自筆）　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| **保護者の同意書**（申込者が申込時１７歳以下の場合は必ずご記入ください） | 私は、上記の者が、福祉・介護職場見学・体験に参加することに同意します。保護者氏名（自筆）　　　　　　　　　　　　　　  |

●本申込書は（写）は茨城県福祉人材センターより受入施設へ提出しますのでご了承ください。

●本申込書に記載された内容は、福祉・介護職場見学・体験及びセンターが実施する事業に関してのみ利用します。

※茨城県福祉人材センター使用欄

受付日　　　年　　　月　　　日　No.

●詳しくは茨城県社会福祉協議会のホームページを御覧ください。

＊注意）職場見学・体験は無給です。