

平成21年度介護の職場体験事業申込書

平成 年 月 日

岐阜県社会福祉協議会

岐阜県福祉人材総合対策センター所長 殿

| | | | | | |
|---------------|-------|---|------|---|-------------|
| (フリガナ) 氏 名 | ----- | | | | |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 年齢 歳 性別 男・女 |
| 住 所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | | |

平成21年度介護の職場体験事業に参加したいので、次のとおり申し込みいたします。

| | | | | | |
|------------|---------------|---|--|--|--|
| 最終学歴 | (卒業・中退・在学中) | | | | |
| 所有資格 | (取得見込も記載すること) | | | | |
| 福祉・介護職歴の有無 | 有 ・ 無 | | | | |
| 職場体験の希望内容 | 希望地域 | (希望地域の□にし点を付けること。) <input type="checkbox"/> 岐阜地域 <input type="checkbox"/> 西濃地域 <input type="checkbox"/> 中濃地域 <input type="checkbox"/> 東濃地域 <input type="checkbox"/> 飛騨地域 <input type="checkbox"/> 不問 | | | |
| | 希望サービス | (希望順位を3番まで()内に記載すること。) ()特別養護老人ホーム、()介護老人保健施設、()介護療養型医療施設 ()短期入所施設、()特定施設入居者生活介護事業所、()訪問介護事業所 ()訪問入浴介護事業所、()通所介護事業所(デイサービス) ()通所リハビリテーション事業所(デイケア)、小規模多機能型居宅介護事業所 ()認知症対応共同生活介護事業所(グループホーム) | | | |
| 希望期間 | 第1順位 | 月 日()～ 月 日()までの()日間 | | | |
| | 第2順位 | 月 日()～ 月 日()までの()日間 | | | |
| | 第3順位 | 月 日()～ 月 日()までの()日間 | | | |
| 就職意思の有無 | 就職意思 | 有 ・ 無 | | | |
| | 就職時期 | 有に○を記載した人のみ <input type="checkbox"/> すぐにでも就職したい。 <input type="checkbox"/> 少し先に就職したい。(平成 年 月頃) | | | |
| | 就職形態 | <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 常勤(正職員以外) <input type="checkbox"/> 非常勤・パート | | | |

(※注意事項) 職場体験にかかる賃金等は支給されません。
 本書は、受入施設にも送付します。