

平成 年 月 日

職 場 体 験 申 込 書

ふりがな			生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男・女
申込者氏名						
申込者住所	(〒 -)					
連絡先	日中必ず連絡がとれる電話番号をお書きください。 電話 : () - 自宅 携帯電話 勤務先 (名称 :)					
職 業	会社員 公務員 自営業 主婦 無職 (・求職未活動、 ・求職中 : 福祉人材センター・ハローワーク・その他) 学生 (学校名 :) その他 ()					
福祉職場 経験有無	あり なし 生活保護 児童福祉 老人福祉 介護保険 障害者福祉 (身体・知的・精神・複合) その他 ()					
	〔主な職歴〕					
資 格	〔福祉・保健関係〕					
	〔その他〕					
希望内容	土曜・日曜・祝日での体験希望は、受入れ施設等の都合によりご希望に添えない場合があります。					
	期	第一希望	平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで 〔 土・日・祝も希望する 〕			
	日	第二希望	平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで 〔 土・日・祝も希望する 〕			
	種別	第一希望	生活保護 児童福祉 老人福祉 介護保険 障害者福祉 (身体・知的・精神・複合) その他 ()			
		第二希望	生活保護 児童福祉 老人福祉 介護保険 障害者福祉 (身体・知的・精神・複合) その他 ()			
地域	第一希望	市町村名 :	第二希望	市町村名 :		
特記事項						

職場体験事業の対象となる施設・事業所種別の例

A．生活困窮者に関わる福祉施設	
生活保護	救護施設
B．児童に関わる施設	
児童福祉	児童養護施設、乳児院、児童自立支援施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、重症心身障害児施設 など
C．高齢者に関わる施設・事業所	
老人福祉	養護老人ホーム、軽費老人ホーム
介護保険	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム） 介護療養型医療施設、通所介護（デイサービスセンター） 通所リハビリテーション（デイケア） 訪問介護（ホームヘルプ） 居宅介護支援事業など
D．障害者に関わる施設・事業所	
障害者自立支援	<p>障害者支援施設</p> <ul style="list-style-type: none"> 身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設 知的障害者更生施設、知的障害者授産施設 精神障害者生活訓練施設、精神障害者福祉ホーム <p>共同生活介護（ケアホーム） 共同生活援助（グループホーム） 居宅介護（ホームヘルプ） など</p>

上記は、職場体験事業の対象となる施設・事業所の種別の一例です。

希望地域によっては、施設・事業所種別の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知おきください。

個人情報の取扱いについて

- ・ 本職場体験事業申込者に関する個人情報は、本事業を円滑に実施・運営するために、秋田県社会福祉協議会及び受入れ施設等において使用します。
- ・ これらの個人情報は、秋田県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき、適切に管理し、上記以外の目的で使用したり、本人の了承なく第三者に提供することはありません。