福祉施設職場体験事業申込書（個人用）

氏　　名	性別	生年月日	年　齢
ふりがな	男 ・ 女	昭和 平成　　年　　月　　日	歳 (学年　　年生)

住所	〒 TEL　　（　　） 携帯　　（　　）

学校名

学科名

ボランティア経験等　　※ありの場合、具体的にどのようなボランティアかお書きください。

なし　・　あり　（　　）

将来考えている職業

職場体験を希望する施設種類に順位を付けてください。	（　　）ディサービスセンター・ディケアセンター （　　）特別養護老人ホーム （　　）老人保健施設 （　　）認知症対応グループホーム （　　）訪問介護事業所（ホームヘルパー） （　　）保育園・所 （　　）身体障害者施設 （　　）知的障害者施設 （　　）精神障害者施設 （　　）特に希望なし

（１）具体的に職場体験したい施設・事業所の希望がありましたら、名称・地域等をお書きください。　※調整しますが、希望に添わない場合はご了承ください。

（２）職場体験日の希望がありましたら、具体的にお書きください。

福祉施設職場体験で深めたい内容がありましたらお書きください。