

個人	グループ	(通し番号／グループ人数)
		／
該当する欄へ○を記入		例) 1／3

一般（参加者→職場体験事務局）

「令和 5 年度介護の職場体験事業」参加申込書

年 月 日

宮城県知事 村井 嘉浩 殿

次の通り、職場体験を申し込みます。

ふりがな					性 別 (該当に○印)	男 ・ 女
氏 名						
生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月	日	年 齢	歳
連 絡 先	〒	—				
	住 所					
	電話番号	—	—	携帯番号	—	—
	E-mail					
学 校 (学生のみ)	学校名	大学・高校・中学				年
	学科名					
経験・資格 (一般のみ)	福祉職の経験の有無		有	無	福祉関係 の資格	
ボランティア 保険加入の 有無	有		無	有の場合	保険名称	
					保険会社	
					加入期間	
参加の動機	(福祉の仕事につきたい・知識や技術を学びたいなど)					
希 望 分 野		特別養護老人ホーム（ショート含み）		小規模多機能型居宅介護		
		介護老人保健施設		その他（ ）		
		認知症グループホーム	希望施設名			
		通所介護事業所（デイサービス）				
希 望 日 数	日間（1日～3日）					
希 望 時 期	希望時期（ 月 日頃）					

※ご記入いただいた個人情報は本事業の運営以外の目的で使用することはありません。
※職場体験にかかる賃金などは発生しません。
※体験中に知り得た情報は決して他人に話さないようにしてください。

送付先	〒980-0011 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目 6 -10 EARTH BLUE 仙台勾当台 9 階
(委託先)	介護の職場体験事務局
	(一般社団法人宮城県介護福祉士会 事務局：平日 10時～16時)
	TEL：022－398－5767 FAX：022－399－6570 Email：info@miyagi-kaigo.jp