様式第３号　　　　　　　***はじめに兵庫県福祉人材センターへの登録が必要になります***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 提　出　先 | **登録時** | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | **体験申込** | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | 生年月日 | S・H　年　月　日（　　　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL |  | 携帯 |  |
| FAX |  | E-MAIL |  |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（児童・生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 |  | 年生 |
| 学部・学科（大学の場合） |  |
| 福祉・介護関係の資格 |  |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
|  | 体験希望日時 | 令和　　年 　 月 　 日 ～令和 　 年 　 月 　 日時　　　分　　～　　　時　　　分 |
| 体験施設・事業所名希望サービス・職種 |  |
| その他通信欄 |  |

 **福祉体験学習申込書**

**※事業所と相談の上、ご記入下さい**。

**※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
|  |
| 上記の者の体験日 |  |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

様式第３号 　　　　　　　　　　 **記入例１**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福祉人材センターで登録後記入します。** |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | **体験申込** | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな | ひょうご　たろう | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 兵　庫　太　郎 |
| 住　　所 | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉センター１F | 生年月日 | S・H　10年4月1日（　20　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX |
| FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（児童・生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 | ○○○大学 | 2年生 |
| 学部・学科（大学の場合） | 人間科学部社会福祉学科 |
| 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
| **※事業所と相談の上、ご記入下さい** | 体験希望日時 | 令和　　年 　 月 　 日 ～令和 　 年 　 月 　 日時　　分　　～　　　時　　分 |
| 体験施設・事業所名希望サービス・職種 |  |
| その他通信欄 |  |

 **福祉体験学習申込書**

**※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
|  |
| 上記の者の体　験　日 |  |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

様式第３号 　　　　　　　　　　 **記入例２**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福祉人材センターで登録後記入します。** |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | **体験申込** | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい** | ふりがな | ひょうご　たろう | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 兵　庫　太　郎 |
| 住　　所 | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉センター１F | 生年月日 | S・H　10年4月1日（　20　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX |
| FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（児童・生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 | ○○○大学**体験希望日時は、事業所と電話で相談の上、申込者本人が記入。その後、事業所へ申込書をFAXして下さい。** | 2年生 |
| 学部・学科（大学の場合） | 人間科学部社会福祉学科 |
| 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
| **※事業所と相談の上、ご記入下さい** | 体験希望日時 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日　～令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日○時　○分　～　　○時　○分 |
| 体験施設・事業所名サービス・職種 | 特養養護老人ホーム○○荘介護職 |
| その他通信欄 |  |

**福祉体験学習申込書**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 |  | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
|  |
| 上記の者の体　験　日 |  |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

様式第３号 　　　　　　　　　　　**記入例３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 提 出 先 | **登 録 時** | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉人材センターTEL：078-271-3881FAX：078-271-3882e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp |
| 登録番号(はじめての方は記載不要) |  |  | **体験申込** | 体験を希望する受入施設・事業所へ直接ご提出ください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※体験学習の登録時は、太枠の欄のみご記入下さい** | ふりがな | ひょうご　たろう | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 兵　庫　太　郎 |
| 住　　所 | 〒651-0062神戸市中央区坂口通2-1-1兵庫県福祉センター１F | 生年月日 | S・H　10年4月1日（　20　）歳 |
| 連 絡 先 | TEL | 078-271-3881 | 携帯 | 090-XXXX-XXXX |
| FAX | 078-271-3882 | E-MAIL | xxx@xxx.xxx.co.jp |
| 対象者区分(いずれかに○をつける) |  求職者（児童・生徒・学生を除く） |
| 高等学校専門学校 の生徒・学生大学 | 学校名・学年 | ○○○大学 | 2年生 |
| 学部・学科（大学の場合） | 人間科学部社会福祉学科 |
| 福祉・介護関係の資格 | 介護職員初任者研修 |
| 福祉・介護の仕事の経験 | 有 ・ 無 | ｢有｣の場合はその内容 |  |
| **※事業所と相談の上、ご記入下さい** | 体験希望日時 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日～令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日○時　○分　～　　○時　○分 |
| 体験施設・事業所名希望サービス・職種 | 特別養護老人ホーム○○荘介護職**体験希望者から申込書を受信したら、「受入施設･事業所記入欄」に漏れのないよう記入の上、体験日の前日までに****必ず人材センターまでFAXをして下さい。** |
| その他通信欄 |  |

**福祉体験学習申込書**

**【受入施設・事業所記入欄】※体験日の前日（土日・祝日・年末年始に係る場合は、その前日）までに福祉人材センターにＦＡＸしてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受入施設・事業所名 | 特別養護老人ホーム○○荘 | 事業所№ | 福祉人材ｾﾝﾀｰ確認印 |
| 高38 |
| 上記の者の体　験　日 | ４／２～４／4　　４／１５　　５／１**確認後、受付印を押して****人材センターよりFAXにて返信します。** |
| 連絡先 | 担当者 | ○○　○○○ |
| ＴＥＬ | xxx-xxx-xxxx | ＦＡＸ | xxx-xxx-xxxx |