

登録番号 (はじめての方は記載不要)	
-----------------------	--

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 : 078-271-3881 FAX : 078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp
	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。

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	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	学校名・学年		年生					
	専門学校	の生徒・学生							
	大学	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						
※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
	体験施設・事業所名 希望サービス・職種								
	その他通信欄								

【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No.	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	

福祉人材センターで登録後
記入します。

登録番号 (はじめての方は記載不要)	
-----------------------	--

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 : 078-271-3881 FAX : 078-271-3882 e-mail: jinzai@hyogo-wel.or.jp
	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。

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	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	〇〇〇大学	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 時 分 ~ 令和 年 月 日 時 分				
	体験施設・事業所名 希望サービス・職種					
	その他通信欄					

【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No.	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	

福祉人材センターで登録後
記入します。

登録番号 (はじめての方は記載不要)	
-----------------------	--

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 : 078-271-3881 FAX : 078-271-3882 e-mail:jinzai@hyogo-wel.or.jp
	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。

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	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)			学校名・学年	〇〇〇大学 2年生
		高等学校 専門学校 大学の生徒・学生	大学		学部・学科 (大学の)	
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〇〇荘 介護職				
	その他通信欄					

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。

【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No.	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	

