

## 職 場 体 験 申 込 書

(記入年月日) : 平成 年 月 日

フリガナ			生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	性 別	男 ・ 女	
氏 名	(〒 — ) ※マンション・アパート名・号室/様方などあればお書きください。		(印)				
住 所							
連絡先 電話番号	※日中必ず連絡が取れる電話番号をお書きください。(担当者から直接連絡させていただく場合があります。)						
	自 宅 :	( )	—				
	携帯電話 :	( )	—				
	学校電話 :	( )	—			担当窓口 :	
職 業	<input type="checkbox"/> 現職あり ( 会社員・公務員・自営業・その他 )			<input type="checkbox"/> 現職なし			
	<input type="checkbox"/> 学生 (学校名 :			学年 :			
主な職歴	※福祉職場以外。(例:販売[3年]、事務[5年]など)				健康状態 障がい 有 無 ・ 服薬 有 無		
資格・経験	介護職場での就職経験	有	(種別	期間	年)	無	
	福祉・介護の職場でのボランティア等の経験	有	(内容		)	無	
	福祉関係の資格	有	(資格名		)	無	
	福祉以外の資格	有	(資格名		)	無	
	【ハローワークの登録】	有				無	
	【福祉人材センターの登録】	有				無	
介護や福祉に 関心を持った きっかけ							
希望内容	※土曜・日曜・祝日での体験希望は、受入施設・事業所の都合によりご希望にそえない場合があります。						
	期 日	第1希望	平成	年	月	日 ( ) から	<input type="checkbox"/> 土・日・祝も 希望する
			平成	年	月	日 ( ) までの	
	種 別	第1希望	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 児童		<input type="checkbox"/> 高齢者
			<input type="checkbox"/> 障がい者		<input type="checkbox"/> その他		
	地 域	第1希望	市区町村名 :			第2希望	市区町村名 :
その他	※体験希望施設、学びたいことや目標等を記入してください。						

※裏面も必ずご参照ください。また、個人情報の取扱いについてご理解した上でご署名・ご捺印ください。

以下は記入しないでください。

受 付	年月日	年	月	日	備 考
	C・B名				

## 【個人情報の取り扱いについて】

- ・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、本会 北海道福祉人材センター及び各福祉人材バンク、受入先施設・事業所にて使用します。
- ・これらの個人情報は、北海道社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）」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。

※ 北海道社会福祉協議会「個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）」

[http://www.dosyakyo.or.jp/gaiyou/pdf/kitei/kojin\\_01.pdf](http://www.dosyakyo.or.jp/gaiyou/pdf/kitei/kojin_01.pdf)

## 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、保育所、乳児院、児童自立支援施設、母子生活支援施設、福祉型障害児入所施設・児童発達支援センター 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（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）、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 など

### D. 障がい者に関わる施設・事業所

障がい者総合支援	障害者支援施設、共同生活援助（グループホーム） 居宅介護（ホームヘルプ）、就労継続支援 など
----------	---

※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。職場体験の希望地域によっては、施設・事業所種別の希望にそえない場合がありますので、ご了承ください。