

FAX 0299-92-8750

神栖市社会福祉協議会 行

## 令和元年度 高校生の進路アシストカレッジ申込書

氏 名		生 年 月 日		年 齢													
ふりがな		平成 年 月 日		歳													
		( 男 ・ 女 )		(学年 年生)													
住 所	〒	連絡先	固定電話														
			携帯電話														
メールアドレス																	
学 校 名	学校名		担任名 ( )														
	学 科																
☆将来考えている職業			☆資格 (現在取得している資格について記入)														
職場体験を希望する施設を指定してください。 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 (デイサービス等) <input type="checkbox"/> 児童関係 (保育所・保育園) <input type="checkbox"/> 障害者施設 (作業所等) <input type="checkbox"/> 医療機関 (病院等) <input type="checkbox"/> 特に希望なし			・全4日間の組み合わせ(希望)は、先記の4つの職種で1人4日間となります。 (1つの職種で4日希望する場合は、2日間づつ2施設での体験となります。) ・記入例を参照し自分自身が体験したい職種に日数を記入して下さい。		記入例① (2) ( ) (2) ( ) ( ) 計4日	記入例② ( ) ( ) ( ) (4) ( ) ( ) 計4日											
★実習期間は7/24(水)～8/8(木)を予定しています。学校行事等により <b>参加不可能な日があれば、×</b> を記入して下さい。なお参加不可能な日によっては、希望の実習先との調整が困難となる場合があります。																	
		7月				8月											
		24日 (水)	25日 (木)	26日 (金)	27日 (土)	28日 (日)	29日 (月)	30日 (火)	31日 (水)	1日 (木)	2日 (金)	3日 (土)	4日 (日)	5日 (月)	6日 (火)	7日 (水)	8日 (木)
実習日																	

☆知りたいこと、質問などご自由にご記入下さい。

(注1) 記載された個人情報は申込み確認及び運営管理の目的のみに使用いたします。

(注2) お申し込み後のキャンセルや受講の欠席等は必ず事務局へご連絡下さい。

(注3) 期日 (7/12) までにFAXもしくは郵送でお申し込みください。

(注4) 別紙にて保護者の同意が必要です。必ずご記入ください。

(注5) 申込書の記入についてわからないことがあれば、下記問合せ先にご連絡下さい。

主 催	神栖市社会福祉協議会
問い合わせ	福祉活動推進センター 担当 大久保・飯田
電 話	0299-93-0294 FAX 0299-92-8750